وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر
باتنة

كلية الآداب و العلوم الإنسانية
قسم علم النفس

الكفاءة الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة

من إعداد الطالبة:
عدودة صليحة

تحت إشراف:
د جبالي نور الدين

أعضاء لجنة المناقشة:

أمزيان الوناس	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	رئيسا
جبالي نور الدين	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	مقررا
بن علي راجية	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	عضوا
تاوريريت نور الدين	أستاذ محاضر بجامعة بسكرة	عضوا

السنة الجامعية:2009/2008 م



(إذا تأذن ربكم لئن شكرتم لأزيدنكم)

أتوجه قبل كل شيء بالشكر الجزيل إلى الله العلي القدير الذي وفقني

كل سنوات الدراسة و ساعدني في انجاز هذه المذكرة بإعطائي القوة و الصبر و الإرادة.

كما أتقدم بخالص الشكر و التقدير إلى:

استاذي الكريمين بعيبع نادية وجبالي نور الدين على موافقتهما الإشراف على هذه المذكرة،

و اللذان لم يتوانا لحظة في مساعدتي و إرشادي ،

وتذليل ما كان يلاقيني من عقبات.

إلى كل من ساعدني في إعداد هذه المذكرة سواء من قريب أو بعيد.

و أخيرا أنحني احتراما لكل أساتذتي الكرام الذين زرعوا في حب العلم و التعلم من المرحلة

الابتدائية إلى الجامعية، ألف شكر و تحية

تقدير و عرفان لكم جميعا.

فهرس المحتويات

الفصل الثالث: أسلوب الحياة

الفصل الرابع: قصور الشريان التاجي

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

الفصل السادس: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

الملاحق

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة

إذا كانت غالبية الإحصاءات تشير إلى أن زيادة نسبة الإصابة بالأمراض المختلفة بين البشر تفوق كثيرا ما تعرض له الإنسان في الماضي، فقد أصبح من المسلم به أن الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا طويل الأمد أو علاجا باهض الثمن، من الأمراض الأكثر انتشارا، والتي سببت العديد من التعقيدات سواء الصحية منها أو الاقتصادية، ويعد مرض قصور الشريان التاجي من بين هذه الأمراض الفتاكة في عصرنا، و هو عبارة عن تضيق في الشرايين التاجية بسبب الرواسب الدهنية أو العصيدة، أي أنه يرتبط بتغذية (توزيع) دموي ضعيف (معطل) في جزء من عضلة القلب، مما يسبب ألم حاد (الذبحة الصدرية) أو في حالات خطيرة، نوبة قلبية مع موت فجائي أحيانا، وقد صرحت منظمة الصحة العالمية سنة 2005 أن 18 مليون حالة وفاة جراء الأمراض القلبية الوعائية، مما يمثل 30% من مجموع الوفيات التي وقعت في العالم، كما أقرت أيضا أن 80% من هذه الأمراض سببها أسلوب الحياة الذي ينتهجه الأفراد في حياتهم اليومية، فمن سمات هذا العصر التقدم الحضاري المضطرد الذي سعى إليه الإنسان لتحقيق رفاهيته، فانتهج أسلوب حياتي معيشي متضمنا مجموعة من العوامل السلوكية من تغيير أسلوبه الغذائي كما و نوعا، وإقباله على منتجات غذائية صناعية غير متوازنة، إلى توظيفه المفرط للتكنولوجيا، مما جعل حياته رخوة رتيبة، إلى جانب تعاطيه للتدخين و الكحول، كل هذه العوامل كان لها دور جوهري في الإصابة بمرض قصور الشريان التاجي.

وبالتالي فإن السيطرة على هذه العوامل يتطلب إعادة هيكلة للأسلوب الحياتي الذي ينتهجه الإنسان، و هنا تتجلى قدرة الأفراد و فاعليتهم فيما يخص ممارسة النشاطات اللازمة وتنفيذها قصد بسط السيطرة على حدث معين أو التحكم فيه، و هذا ما أدى به إلى توسيع أبحاثه لتشمل عدة مجالات منها مجال علم نفس الصحة.

و في هذا الصدد تعتبر الكفاءة الذاتية من أبرز موضوعات هذا العلم، وهي من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لألبرت باندورا *(Bandura.A)* ، حيث عرفت هذه النظرية عدة تطورات في السنوات الأخيرة، وأدخلت عليها تعديلات هامة أفقدتها طابعها الاجتماعي، وأصبحت نظرية معرفية بحتة تعرف حاليا بنظرية كفاءة الذات، حيث أن هناك العديد من الدراسات التي قام بها ألبرت باندورا *(Bandura.A)*، و التي أثبت من خلالها أن هناك علاقة بين الكفاءة الذاتية و عوامل أسلوب الحياة كالتدخين و الرياضة و التغذية و الكحول، الضغط...إلخ

وتهدف الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة الكامنة بين كفاءة الذات و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، ففي حدود علم الطالبة فإن هذه الدراسة تكتسب أهمية كبيرة في كونها من الدراسات الأولى في المجتمع المحلي التي تناولت هذه العلاقة، فهي بذلك تشكل مساهمة مهمة في جمع المعلومات حول كفاءة الذات و أسلوب الحياة و الكشف عن العلاقة بينهما، و بالتالي التوصل إلى الموارد المنمية للصحة، والعمل على تطويرها، و تحديد العوامل و الاتجاهات المعيقة لها من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على تنمية الصحة وتطوير البرامج الوقائية المناسبة.

و لكون أن الأبحاث و الدراسات السيكولوجية في هذا الميدان تعتبر من الدراسات الحديثة نسبيا في الوطن العربي، إذ أنها لم تحظ باهتمام العلماء والباحثين إلا في العقدين الأخيرين من القرن الماضي، لذلك ارتأت الطالبة إلى تقديم تصور نظري لمتغيرات البحث حيث ضم الفصل الأول إشكالية البحث و الدراسات السابقة، وضم الفصل الثاني الكفاءة الذاتية، و تطرقنا في الفصل الثالث إلى أسلوب الحياة، في حين أن الفصل الرابع تناولنا فيه مرض قصور الشريان التاجي.

أما الجانب التطبيقي فقد ضم فصلين احتوى الجانب الأول على إجراءات الدراسة الميدانية من خلال إتباع المنهج الوصفي الإرتباطي، نظرا لكونه الأنسب لدراسة العلاقات الإرتباطية، كما بينا في هذا الفصل الأدوات المستعملة و خصائصها السيكومترية، في حين احتوى الفصل الأخير على عرض النتائج و تفسيرها، و مناقشتها، لنختم بحثنا بمجموعة من الاقتراحات.


الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية البحث والدراسات السابقة

1. الإشكالية.
2. أهداف الدراسة.
3. أهمية الدراسة.
4. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.
5. الدراسات السابقة.
6. تعليق على الدراسات السابقة.
7. الفرضيات.

1. الإشكالية:

بالرغم من أهمية تأثير العوامل البيولوجية و البيئية في صحة الإنسان، إلا أن الأسلوب الذي يعتمده في حياته، و العادات الصحية التي يمارسها تُعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، حيث تًشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك و الصحة، بمعنى أن نشأة و حدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية، ولو أن هناك مسببات أخرى لا تقل أهمية عن العوامل النفسية و السلوكية، ففي العقدين الأخيرين ازدادت الأدلة الطبية و العلمية التي تشير بكل وضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمطا غير صحي في الحياة و تعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة الخطيرة كتلك التي تعرف انتشارا كبيرا في المجتمعات المتقدمة **(عثمان يخلف، 2001، ص19).**

و تعتبر أمراض القلب على رأس هذه الأمراض المزمنة المهددة للحياة التي سماها الأطباء في مؤتمرهم بباريس سنة 1979 بالآفة الاجتماعية الكبرى، إذ ترى منظمة الصحة العالمية أن هذه الأمراض أخذت بالانتشار بشكل وبائي نتيجة للتغير الاجتماعي، والتحديث الصناعي وعولمة أنماط السلوك، لذلك فهي ترتبط بأسلوب الحياة **(Shabè.S,2001,p11)**، هذا الأخير الذي يشير إلى تبني الأفراد لمجموعة من الأساليب السلوكية الإيجابية أو السلبية **(صفوت فرج، 2000، ص 568)**، و التي تعكس فعلا القيم والمبادئ التي يؤمن بها الإنسان، كما أنه يشير أيضا إلى مجموعة القرارات المؤثرة على صحة الأفراد متأثرين بذلك بمختلف العوامل الاجتماعية و الإقتصادية و الثقافية، فقد لاحظت منظمة الصحة العالمية سنة (2007) أن 80% من أسباب أمراض القلب و الأوعية تعود إلى عوامل سلوكية منها طريقة الغذاء و نقص الممارسة الرياضية و التدخين ...إلخ، كما أشارت إلى أن عدد ضحايا أمراض القلب وصل إلى أكثرمن 18 مليون حالة وفاة في عام (2005) ***(جمعية الصحة العالمية،2007)***، و يعتبر مرض الشريان التاجي المسبب لها في النصف الثاني من القرن العشرين إلى الآن ***(Jaques Delamare, 1997,p22)*** ، وهو عبارة عن مرض ينشأ عن ترسب الكوليسترول و مواد أخرى على الجدران الداخلية للشرايين، و هذه المواد تشكل صفائح تعمل على تضييق الشرايين، إذ أن وجود هذه الصفائح

يقلل من تدفق الدم عبر الشرايين، و يؤثر في تمرير المواد الغذائية من الشعيرات الدموية إلى الخلايا، مما يسبب تدمير الأنسجة و تلف جدران الشرايين، مما يؤدي إلى تجلط الدم الذي يمكن أن يسبب انسدادا في الأوعية الدموية وتضيقا يعيق تدفق الدم ***(شيلي تايلور، 2008،ص ص 80-81)***، و يمثل هذا المرض 20% من الوفيات في الدول النامية و 40% من كل الوفيات في الدول المتطورة، و من مسببات هذا المرض الاستعداد الوراثي المثبت بوضوح ***(Shabé. S, 2001, p12)***، وكذا ارتباطه بعوامل خطورة أخرى ذات صلة بأسلوب حياة الفرد كالإسراف في الكحول الذي تجددت صناعاته و انتشرت ليصبح كباقي المشروبات، إذ يعد تعاطيه مسؤولا عن أكثر من (100000) حالة وفاة تحدث في كل عام، مما يجعله السبب الرئيسي الثالث للموت بعد التبغ، و التغذية السيئة ***(شيلي تايلور، 2008، ص 280)*** ، زد على ذلك التدخين الذي يعتبر عامل سببي قوي، حيث أن استهلاك التبغ في الدول المتطورة سبب 30% من كل الوفيات في الفئة العمرية بين (35-69 سنة) ، وقد وجد ***(Veliest et al,1986)*** أن الأشخاص المَصابين بمرض الشريان التاجي، الذين يقلعون عن التدخين تكون نسبة الوفيات الناجمة عن جميع أسباب الموت أقل عن أولئك الذين يًواصلون التدخين، و يًعانون أقل من غيرهم من النوبات القلبية ***(Shabé. S, 2001, p12).***

وفي هذا الصدد تًعد أساليب رعاية الذات و التحكم في الذات من الجوانب المهمة في مجال الرعاية الصحية في مثل هذه الحالات، يًساند هذه القضايا أن العقدين الأخيرين شهدا تطور أساليب سلوكية فعالة، و مجالات بحوث مساندة موجهة نحو تعديل نمط الحياة، و خفض الكدر المرتبط بخبرة العلاج و تيسير التغلب على المرض و التوافق معه، حيث تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في السلوك البشري، إذ تعتمد قدرتنا على الفعل، ودافعيتنا للنشاط و الإنجاز على مقدار ما ندرك من تقديرنا لذواتنا ووعينا بمفهوم الذات، و هذا ما يًعرف ب "الكفاءة الذاتية"، والتي تعد من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي، فاعتقاد المدخنين، على سبيل المثال بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة، مع أنهم يعلمون تماما بأن التدخين فيه مجازفة و أن التوقف عن التدخين قد يمنع الكثير من المضاعفات الناجمة عنه، و عموما فإن أغلب الأبحاث توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد

بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية، و بين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في أسلوب حياته، و بين الحفاظ على هذه المتغيرات على المدى البعيد ***(شيلي تايلور، 2008،ص ص 146-147)***.

و لم يبتعد ألبرت باندورا *(Bandura.A, 1977)* عن هذا الاتجاه، فقد أشار بأن الفرد يًدرك مختلف المواقف من خلال طريقته و أسلوبه في تناولها و معالجتها، وأن طريقتنا في معالجة الأحداث المحيطة بنا تلعب دورا أساسيا في بناء شعورنا بفاعليتنا إزاء معالجة هذه المواقف ***(سامر جميل رضوان،1997)***، فذوي الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل ومشاعرهم أكثر ايجابية، و بأن الكروب امتحان و تحد لإمكانيات الفرد فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه، و يرون أن المواقف الضاغطة تدفعنا إلى التكيف الإيجابي و التغلب عليها ***(Bandura.A, 1977, p259)***.

و قد أوضحت مجموعة من الدراسات التي قام بها *"Bandura.A"* أن الصحة لن تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية أو كفاءة الذات و الممارسة الفعلية للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تًصبح كفاءة الذات مًتغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي الصحي للفرد ***(عثمان يخلف، ص103)***.

وعلى هذا الأساس انصبت جهود العلماء لإيجاد العلاقة بين كفاءة الذات و أسلوب الحياة لذوي الأمراض المزمنة كالدراسة التي قام بها *(Clark & Dogs, 1999)* و كذا دراسة إيوارط *(Eawart,1992)* بأمريكا حول كفاءة الذات و الشفاء من نوبة قلبية، و كذلك دراسة ميلاند و آخرون *(Meland et al,1999)* في النروفيج على عينة من 110 مريضا تناولت دور كفاءة الذات في تغيير السلوكيات المًضرة بالصحة، و خاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية، و التي تتضمن عوامل أسلوب الحياة المحددة أساسا في: التغذية، الرياضة، التدخين و الكحول، و قد أسفرت نتائج هاته الدراسات بكل وضوح إلى أهمية توقعات كفاءة الذات في عملية القضاء على أكثر العادات الفردية المدمرة لصحة الإنسان و المجتمع كالتدخين و الكحول وكذا الشأن بالنسبة لممارسة العادات الصحية السليمة الأخرى كتناول أطعمة أكثر صحة و ضبط الوزن و ممارسة الرياضة.

وبناءا على ما سبق تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤلات التالية:

هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

و يندرج تحت التساؤل العام مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
2. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
3. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
4. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

2. أهداف البحث:

الكشف عن العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

ومنه:

- الكشف عن العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية عند مرضى قصور الشريان التاجي.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة عند مرضى قصور الشريان التاجي.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين عند مرضى قصور الشريان التاجي.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول عند مرضى قصور الشريان التاجي.

3. أهمية البحث:

في ضوء مشكلة الدراسة والتساؤلات التي تطرحها والمحددات النظرية والمنهجية لها، تكتسب الدراسة الحالية أهميتها على المستويين النظري والتطبيقي مما يلى :

فمن الناحية النظرية:

(1) تدعيم التراث الأدبي إذ أن هذا البحث يصبح موضوعا ذا أهمية لما يلقيه من أضواء أكثر تفصيلا على هذه الدراسة، الأمر الذي ربما يؤدي لإثارة آفاق جديدة و إبراز أسئلة و مشكلات عديدة قد تتيح فرصا لحلها و مناقشتها من قبل المختصين المهتمين بهذا الموضوع.

(2) أن هذه الدراسة تعد تدعيماً للاتجاه المعاصر لعلم النفس المعرفي الاجتماعي الذي يقوده " *Bandura* " وموضوعه : " كفاءة الذات – نحو نظرية موحدة لتعديل أسلوب الحياة لذوي الأمراض المزمنة عامة، و مرضى قصور الشريان التاجي خاصة.

ومن الناحية التطبيقية :

(1) أن نتائج هذه الدراسة تدعم فرض مفاده أن الكفاءة الذاتية للأفراد هي المحدد الأساسي للنجاح والتفوق، و تعديل أسلوب الحياة وأنه يمكن تحسين أو الحفاظ على موارد صحتنا بتنمية مستوى هذه الكفاءة باستخدام استراتيجيات وبرامج تدريبية مختلفة.

(2) تصميم استبيان أسلوب الحياة.

4. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

1.4 الكفاءة الذاتية:

تتمثل الكفاءة الذاتية في معتقدات الأفراد حول قدراتهم على ضبط الأحداث التي تؤثر على حياتهم، و هي الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية .

2.4 أسلوب الحياة:

و هو مجموعة الأساليب السلوكية الإيجابية أو السلبية التي يتبناها الأفراد في حياتهم اليومية، وتدل الدرجة الكلية المتحصل عليها من استبيان أسلوب الحياة على درجة أسلوب الحياة لدى الأفراد .

3.4 مرض قصور الشريان التاجي:

هو عبارة عن تضيق في الشرايين التاجية بسبب الرواسب الدهنية أو العصيدة، مما يؤدي إلى حاجة عضلة القلب الشديد للأكسجين، الأمر الذي يؤدي إلى الذبحة الصدرية.

5. الدراسات السابقة:

لا تتوفر في حدود علم الطالبة دراسات عربية هدفت إلى استقصاء العلاقة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، كما أنه ليس هناك دراسات أجنبية تطرقت إلى موضوع الدراسة مباشرة، باستثناء تلك الدراسات التي هدفت و بشكل متفرق إلى دراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و أحد عوامل أسلوب الحياة كالتدخين و الكحول و الغذاء، و ممارسة التمارين الرياضية...الخ، و فيما يلي عرض لبعض من هاته الدراسات حسب ترتيبها الزمني:

❖ **دراسة *(Friedman et al ,1964)* :**

إذ اهتم الباحثون بالنتائج التي تربط بين النمط (ب) و نسبة الكولسترول، وفي هذه الدراسة دَرس الرجال في أزواج، كان كل واحد منهما يًفرض عليه الصوم ليلا لمدة ثلاث عشرة ساعة، يتناول بعدها إفطارا موحدا، ثم تًفحص الجوانب الفيزيولوجية الدموية عن طريق الصور الفوتوغرافية للأوعية الدموية في العين بواسطة الميكروسكوب.

وقد أظهرت النتائج أن الرجال من النمط (أ) و النمط (ب) يتشابهون في حرية انسياب الدم و سيولته قبل تناول الإفطار، لكن الذي حدث بعد ذلك بأربع ساعات أن الرجال من النمط (ب) لم يبد عليهم أي تغيير على حين ظهر لدى الرجال من النمط (أ) انسداد ملحوظ في الأوعية بسبب وجود كتل غير منتظمة تنتقل بصورة سيئة يترتب عليها تقطع وعدم انسياب في السيولة و الحركة، و لذلك يبدوا من الواضح أن النمط (أ) لا يرتبط فقط بظهور مرض التاجي و إنما يرتبط كذلك بالقضاء المعيب غير التام على الكولسترول و الدهن، وهي حالة يمكن أن تمهد لمرض الشريان التاجي ***(ريتشارم . سوين ، 1988 ، ص 430)***.

❖ **دراسة *(Rosenman et al, 1966):***

حيث اشترك في هذه الدراسة و لمدة زمنية طويلة عدد يزيد على 3 آلاف رجل ممن يعملون في 11 صناعة و علماء من ثلاثة مدن كبرى في ولايتين من الولايات المتحدة الأمريكية.

و قد بدأ العمل التمهيدي في هذه الدراسة من سنة 1960 إلى 1962 حيث تمت محاولة التنبؤ بالرجال الذين سيتعرضون للإصابة بمرض القلب التاجي في المستقبل، وفي خلال

فترة سنتين، أصيب الرجال من النمط (أ) بما يعادل ثلاثة أضعاف حالات المرض التاجي التي ظهرت بين رجال النمط (ب) مع مراعاة أن الرجال صغار السن من النمط (أ) فيما بين سن 39-49 ظهرت بينهم ستة أضعاف الحالات التي ظهرت بين رجال النمط (ب) ممن كانوا في نفس السن، أضف إلى ذلك انه تمت المقارنة بين منهج التشخيص القائم على النمط السلوكي من ناحية و التنبؤ القائم على منهج طبي بحت و هو فحص البيانات الخاصة بالدهون (أي نسبة البروتين الدهني بيتا ألفا *Beta Alpha Lipoprotein Level*) .

و بينت النتائج أن منهج التشخيص باستخدام النمط السلوكي كان أكثر فائدة و نفعا في التنبؤ بمرض الشريان التاجي، بأقل نسبة من الخطأ أو العجز عن تحديد الشخص المستهدف للإصابة بمرض الشريان التاجي، كذلك حاول الباحثون تحديد الخصائص التي تجعل الفرد محصنا ضد مرض التاجي، و اكتشفوا أن انخفاض الكولسترول أو انخفاض مستوى بيتا / ألفا مرتبطان بالحصانة العالية، كذلك كان للنمط السلوكي (ب) تأمينا طبيا ضد مرض التاجي، ولكن أبسط ميل في اتجاه سمات النمط (ا) كان يزيد مباشرة من استهداف الفرد للإصابة بالمرض، و بهذا استخلص الباحثون من الدراسة إلى أن الحصانة من هذا المرض أمر يتوقف على انخفاض نسبة الدهن وعلى أن تكون أنواع السلوك من النمط (ب) قد اكتمل نموها لدى الشخص ***(ريتشارم . سوين، 1988 ، ص 431).***

❖ دراسة *(Meyer & Henderson, 1974):*

إذ أجريا دراستين بارزتين تتضمنان مجتمعان هما: مشروع سنغافورة للثلاث مجموعات في أمريكا، و مشروع شمال كارليا في فنلندا، و قد استخدمت كل من الدراستين حملات نصح ومعلومات من خلال وسائل اتصال الجمعي حول مخاطر أمراض القلب، وأسلوب الحياة كالأكل و التدخين، وقد أدى مشروع شمال كارليا إلى انخفاض جوهري في التدخين، وفي مستوى الكولسترول، و في ضغط الدم الانبساطي، و قارن برنامج ستانفورد بين:

- عدم وجود أي تدخل مخطط.
- استخدام التعليم فقط.

- التعليم و تعليمات التحكم الذاتي في ضغط الدم، و الوزن و التدخين، بالإضافة إلى نصائح محددة حول التغذية.

و كانت نتائج التعليم و التعليمات ممتازة، إذ تحقق انخفاض مقداره(30%) من مخاطر أمراض القلب مقارنة بانخفاض مقداره (10%) لدى مجموعة التعليم فقط، و كان الانخفاض الذي بلغ (30 %) من عوامل الخطر لمرض القلب مصحوبا بانخفاض في مخاطر بعض الأمراض الأخرى المتعلقة مثلا بالجلطة المخية *"Stroke"* واضطراب التنفس، و على المستوى الفردي أظهرت نتائج التدريب على المهارات السلوكية مع الإرشاد الفردي المستمر، مقارنة بزيارة واحدة للطبيب تحسنا جوهريا في الوزن و التغذية و مستوى الكولسترول ومستوى الدهون و التدخين ***(أديب محمد الخالدي، 2006، ص ص 470-471).***

❖ دراسة ***(Champlis & Murry,1979):***

إذ قاما بمعالجة مخبريه لثمان و ستين امرأة كن في المتوسط يملكن 31 وزنا زائدا حيث ًأعطيت كل النساء بلاسيبو *(Placebo)*، إذ زًعم أن هذا الدواء يحث عمليات الإستقلاب، و يساهم من خلال ذلك على تخفيض الوزن بصورة غير مباشرة، و إلى جانب ذلك قًدمت النصائح للسيطرة على الوزن، بعد أسبوعين فقدت النسوة 1.8 رطلا.

وقد تم عند ذلك إعلام نصف النسوة عن حقيقة البلاسيبو، و سمعن محاضرة حول ضبط الذات، و قد هًنئن لأنهن تمكن ظاهريا على أساس من قوة إرادتهن من خفض وزنهن ذلك أن الدواء ما كان إلا دواء غير ذي فائدة، لقد كان ذلك إعادة عزو"*Reattribution*" النجاح من خلال الدواء إلى النجاح من خلال توقعات الكفاءة، ومن هنا تمت مواصلة التجربة لمدة أسبوعين آخرين، حيث مثلت النساء اللواتي تم الشرح لهن شرط توقع الكفاءة، في حين مثلت النساء اللواتي لم يتم إخبارهن مجموعة الدواء الكاذب.

في نهاية التجربة ظهرت فقط لدى النساء اللواتي مثلن شرط توقع الكفاءة نقصان في الوزن، إلا أنه كان هناك تأثير متبادل بين مصدر الضبط و المعالجة"*Treatment*" ، فقد أثرت طبقا لذلك المعالجة بتوقع الكفاءة فقط عند النساء اللواتي يملكن قناعة ضبط ذاتية، وهذا ما يتوافق مع النظرية المعرفية الاجتماعية، وذلك أن قناعات الضبط تًعتبر كواشف

لتوقعات النتيجة، و توقعات النتيجة تًعد مًكملا ضروريا لتوقعات الكفاءة، ثم فحص 146 امرأة زائدة الوزن مرتين بفاصل نصف سنة، و قد ظهر أن توقعات الكفاءة النوعية استطاعت التنبؤ بسلوك التغذية اللاحق و تخفيض الوزن فقط عندما كانت هناك شروط أخرى متوفرة بنفس الوقت فقد اختارت النساء غذاءا أكثر صحة، على سبيل المثال عندما تم إخبارهن مسبقا أنهن متعرضن لخطر ارتفاع ضغط الدم، و عندما اتضح لهن خطورة ضغط الدم المرتفع و اعتبرن أنفسهن بنفس الوقت أنهن يستطعن تناول تنظيم الغذاء، و قد انخفض الوزن عند أولئك اللواتي يًدركن خطرا عاليا على الصحة، و بنفس الوقت وثقن بإمكانات تصرفهن الذاتية ***(رالف شفارتزر، 1994 ، ص 88).***

❖ **دراسة (Bandura.A et al,1987) :**

حيث درست العلاقة بين كفاءة الذات و التحكم في الألم (الميكانيزمات الأوبيودية واللاأوبيودية *(Opioid and aon apioid mechanisms)* ، و ذلك على عينة تحتوي على 36 رجل و 36 امرأة، و تم تعليم جزء من أفراد العينة استراتيجيات معرفية للتحكم في الألم، و أعطيت لهم أدوية إيحائية، أما الجزء الآخر من العينة فلم يتلق أي تدخل، ثم تم قياس درجة تحملهم للألم في مجالات مرحلية بعد إعطائهم إما محلول ملحي و إما النالوكسون « *Naloxone* » و هو مضاد أفيوني يًعيق التأثيرات التسكينية للأفيونات (الأبيويدات)، ودلت النتائج على أن التدريب على التحكم المعرفي قوى من كفاءة الذات المدركة لمقاومة خفض الألم، في حين أن الدواء الإيحائي رفع من كفاءة الذات المدركة لمقاومة الألم و لكن دون خفضه.

أما الذين لم يتلقوا أي تدخل فلم تتغير فعالية المواجهة لديهم، و دلت النتائج على أنه كلما زادت فعالية مواجهة الألم لدى الأفراد كلما زادت درجة تحملهم للإستثارات المتزايدة للألم، حيث قدمت نتائج الدراسة دلائلا على أن خفض استثارات الألم من خلال التحكم المعرفي هو موجه بواسطة الميكانيزمات الأبيودية و اللاابيودية.

إن الأفراد الذين تلقوا تدريبا معرفيا و أعطي لهم نالوكسون كانوا أقل تحملا للألم من الذين أعطي لهم المحلول الملحي حيث أنه كلما كانت فعالية المواجهة أقوى في خفض الألم كلما كان تنشيط الأبيويدات أكبر.

بالإضافة إلى أن الأفراد الذين تلقوا تدريبا معرفيا تمكنوا من رفع درجة تحملهم للألم بالرغم من أن الميكانيزمات الأبيودية كانت موقفة بواسطة النالكسون، و الذي يتماشى مع المكون اللاأبيودي في التحكم المعرفي للألم.

ووًجد أن الدواء الإيحائي قد يًنشط أيضا بعض الميكانيزمات الأبيودية لأن الدواء الإيحائي يندرج ضمن مهارات تخفيض الألم، و عليه فإن كفاءة المواجهة المدركة هي التي تؤدي إلى تحمل الألم و درجة تنشيط الأفيونات ***(كوهين، إ.ر، 1989).***

❖ **دراسة *(Heller &Krauss,1991):***

و التي أجريت في نيويورك بهدف التحقق من صحة افتراض أن الكفاءة الذاتية المكتسبة يمكنها أن تنبئ بصلاحية انتقال مرضى الإدمان من مرحلة إزالة السمية *"Detoxification"* إلى مرحلة الرعاية اللاحقة *" After Care"* .

و قد بلغ قوام عينة الدراسة (63) مدمنا ذكرا من ذوي الإدمانات المتعددة في أحد مستشفيات علاج الإدمان بنيويورك، و قد تلخصت أدوات الدراسة في مقياسين هما: مقياس الرعاية اللاحقة و يتكون من (17) مفردة، و مقياس الكفاءة الذاتية المكتسبة المؤهلة للرعاية اللاحقة و يتكون من (30) مفردة، و لقد اقتضت إجراءات الدراسة أن يقوم كل مريض من أفراد العينة بتقويم ذاتي لمفردات المقياسين اللذين يحتويان على وصف للسلوكات الواجب توافرها و اتباعها للانتقال من مرحلة إزالة السمية و هي المرحلة الأولى في العلاج إلى مرحلة الرعاية اللاحقة و هي المرحلة النهائية في العلاج من الإدمان، و ذلك على أن يحتوي هذا التقويم على أمرين هما:

- مدى أهمية السلوك المطلوب للانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة.
- ومدى قدرة كل مريض على الالتزام بهذا السلوك أو تعذر الامتثال له أو إمكان الاستغناء عن هذا السلوك أو الاستغناء عن المفردة التي تمثله في المقياس.

و لقد أسفرت النتائج عن أهمية توفر الكفاءة الذاتية لإمكان الانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة رغم أن النتائج لم تكن جوهرية أو مرتبطة بشكل دال ***(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003، ص ص 393-394).***

❖ دراسة ***(Cantrell.B et al ,1993):***

و التي أجريت على عينة قوامها (43) مدمنا للكحول بهدف دراسة العلاقة بين كفاءة الذات و الإرتكاس الكحولي و ذلك من خلال برنامج علاجي وقائي من الإرتكاس لمدة ثلاثة أسابيع، و لقد استخدم الباحثون استبانة الثقة الموقفية لقياس كفاءة الذات في المواقف ذات الخطورة العالية للإرتكاس الكحولي و ذلك قبل بدء العلاج و بعده.

و لقد أسفرت النتائج عن زيادة معدل الكفاءة الذاتية و فعاليتها بعد تلقي العلاج، و لقد ظهر ذلك في شعور المرضى بزيادة الثقة بأنفسهم، و ثمة اعتقاد قد نمى لديهم بأنهم يمكنهم أن يتفاعلوا و يتصرفوا بكفاءة و يستجيبوا بفعالية في أية موقف خطورة.

و لقد أسفرت نتائج المتابعة التي استمرت لمدة عام عن استمرار تلك الفعالية الذاتية لديهم، و ما أكد ذلك هو عدم ارتكاسهم حتى بعد عام من العلاج، كما أن نشاطاتهم الخارجية قد اضطردت و زادت بشكل ايجابي و أن قلة قليلة منهم فقط قد تورطت في بعض مواقف التعاطي نظرا لبعض العوامل مثل: الانفعالات غير السارة، و الإحباطات، و توصي الدراسة بأهمية برامج الوقاية من الإرتكاس الكحولي و التركيز على عامل الكفاءة الذاتية ***(مدحت عبد الحميد أبو زيد،2003،ص 395).***

❖ دراسة ***(Mittag & Schwartzer, 1993):***

إذ قام الباحثان بفحص استهلاك الكحول لدى عينة من الرجال الذين وجدوا عملا في ألمانيا الغربية، و أولئك الذين ظلوا بلا عمل، كما قاما بفحص كفاءتهم الذاتية في التعامل مع مشكلات الحياة، و ذلك من خلال فحص إجاباتهم على الفقرات التالية "عندما أتعرض لمأزق ما فإنني أستطيع الاعتماد على إمكاناتي الذاتية للتعامل مع المشكلة بفعالية"، على افتراض أن الأفراد الذين يمتلكون إحساسا عاليا بالكفاءة الذاتية أقل عرضة للضغط، مما يجعلهم أقل ميلا لاستهلاك الكحول تحت ظروف الضغط، مقارنة بأولئك الذين لديهم إحساس متدن بالكفاءة الذاتية.

وتوصل الباحثان بأن الرجال الذين يتمتعون بشعور قوي بالكفاءة الذاتية، كانوا أقل ميلا لتناول كميات كبيرة من الكحول، ووجدا أن الكفاءة الذاتية كانت مهمة بشكل خاص في الاستجابة للضغوط الناتجة عن البطالة، و تبين أن الرجال العاطلين عن العمل و لديهم

مستوى متدن من الكفاءة الذاتية كانوا يتناولون كميات أكبر من الكحول من أي مجموعة أخرى ***(شيلي تايلور، 2008، ص 299)***.

❖ دراسة ***(Muddle et al…,1995):***

أجرى مادل و آخرون دراسة طولية تناولت العلاقة بين أبعاد كفاءة الذات الثلاثة (الصعوبة، التعميم، القدرة) و استخدموا ثلاثة مقاييس مختلفة يقيس كل واحد منهم بعدا من أبعاد كفاءة الذات الثلاثة، وقد توصلت نتائجها إلى أن:

- توقعات كفاءة الذات في شأن الامتناع عن التدخين تنبأت بالإقلاع عن التدخين على المدى المتوسط و البعيد.
- و تنبأ بعد الصعوبة لمفهوم كفاءة الذات بالامتناع عن التدخين على المدى القصير.
- بينما تنبأ بعد القدرة لكفاءة الذات بالإقلاع عن التدخين على المدى الطويل.
- و كان لبعدي التعميم و القدرة لكفاءة الذات أكبر قوة تنبئيه في شأن الامتناع عن التدخين بعد العلاج على المدى الطويل ***(عثمان يخلف ، 2001 ، ص ص 110-111)***.

❖ دراسة ***(محمد السيد عبد الرحمن، 1998):***

و تهدف هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين كفاءة الذات و المتغيرات المرتبطة بسلوك التدخين مثل العوامل المؤدية لزيادة معدل التدخين أو خفضه، و سن الإنخراط في التدخين و كثافة التدخين، و عدد مرات الإمتناع الفاشلة، و مدة الإمتناع عنه، و تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الذكور:

- عينة المدخنين و قوامها 72 مدخنا تتراوح أعمارهم مابين 14-38 عاما من طلاب المراحل الثانوية و الجامعية و الدراسات العليا .
- عينة غير المدخنين: و عددهم 144 فردا تتراوح أعمارهم مابين 14-36 عاما، و العينتان متجانستان عمريا و تعليميا و مهنيا.

و طبقت على المجموعة الأولى كل من:

- قائمة التقرير الذاتي لسلوك التدخين : إعداد الباحث.
- مقياس كفاءة الذات للمدخنين: إعداد الباحث.

في حين طبق على المجموعتين مقياس الكفاءة العامة للذات إعداد كل من روبرت تبتون، و إيفرت ورثنجتون *(Tipton,R.M. & Worthington E)*.

و أسفرت الدراسة عما يلي:

1. وجود فروق جوهرية بين المدخنين و غير المدخنين في: الكفاءة العامة للذات، و الفروق في صالح غير المدخنين.

2. وجود فروق جوهرية بين المدخنين الأصغر سنا و الأكبر سنا في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية و في الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين، و الفروق في صالح المدخنين الأصغر سنا في حين لاتوجد فروق بين المجموعتين في بعد الاستجابة للضغوط الخارجية و الكفاءة العامة للذات.

3. وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة التدخين (1-5 سنوات فأكثر) في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية، و في كل من الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين، و مقياس الكفاءة العامة للذات، و الفروق لصالح المدة الأصغر.

4. وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف كثافة التدخين (خفيف – متوسط- كثيف) و الفروق في صالح ذوي التدخين الخفيف (1-10 سجائر).

5. و جود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة الامتناع (أقل من شهر، و شهر فأكثر) في كل من كفاءة الذات للاستجابة للضغوط الخارجية و الدرجة الكلية للكفاءة الذاتية للمدخنين، و في كفاءة الذات العامة، و الفروق في صالح مجموعة الممتنعين عن التدخين لمدة طويلة بينما لا توجد فروق بين المجموعتين في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية ***(مدحت عبد الحميد أبو زيد،2003، ص 389).***

دراسة *(Martinez et al, 1999):*

إذ قام الباحثون بتعيين مجموعة من الأفراد للمشاركة مع مجموعة تقوم بالتدريب على بعض التمارين، و طلب منهم التلاعب بمشاعرهم المتعلقة بإحساس الكفاءة الذاتية في أثناء الأداء، و ذلك عن طريق تزويدهم بتغذية راجعة متناقضة حول مستوى جودة أدائهم أو ضعفه.

و قد أشارت النتائج بأن المجموعة التي وضعت في ظروف ولدت لديها شعورا بالكفاءة الذاتية كان لديها مستوى أعلى من الكفاءة الذاتية المدركة من المجموعة الضابطة، و أن هذه المدركات ارتبطت مع التحسن في المزاج و الصحة النفسية ***(شيلي تايلور، 2008، ص 202)***.

❖ **دراسة *(Booth et al,2000) :***

قام بهذه الدراسة كل من بوث و آخرون ***(Booth et al,2000)*** من خلال دراسة ميدانية أجروها في استراليا على عينة عشوائية متكونة من 499 شخصا مسنا و تم قياس نشاطهم الرياضي إضافة إلى قياس كفاءة الذات و متغيرات نفسية و اجتماعية أخرى .

و لقد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة العالية للذات كانوا أكثر نشاطا وحيوية من غيرهم ***(عثمان يخلف، 2001، ص114)***.

6. تعليق على الدراسات السابقة:

نستشف من خلال الدراستين الأوليتين التي قام بهما فريدمان و روزنمان ***"Friedman & Rosenman"*** أن النمط السلوكي (أ) يلعب دورا سببيا في حدوث مرض الشريان التاجي، كما هو الشأن بالنسبة لعوامل الخطورة البيولوجية و السلوكية كارتفاع معدل الكولسترول في الدم و ارتفاع ضغط الدم، والبدانة و التدخين، و لذلك فإن هذا المفهوم قد اكتسب أهمية كبيرة في الوقاية والعلاج في مجال الطب السلوكي كعامل خطورة *« Risk factor »* .

في حين أشارت نتائج الدراسة التي قام بها ***(Meyer & Henderson, 1974)*** على الدور التأثيري للتعليم و تعليمات التحكم الذاتي في الحد من عوامل الخطر لمرض القلب.

و قد أكدت نتائج الدراسة التي قام بها ***(Champlis & Murry,1979)*** فعالية التحكم المعرفي في السلوكات الصحية و الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية المدركة في هذه العملية، كما أن وجهة الضبط الداخلية قد قوت من الكفاءة الذاتية المدركة لتخفيض الوزن و الالتزام بنظام غذائي أكثر صحة.

و قد أوضحت دراسة ***(Bandura.A et al,1987)*** فعالية التحكم المعرفي في الألم و الدور التأثيري الذي تلعبه كفاءة الذات المدركة في هذه العملية، وأن التدريب على استراتيجيات التحكم المعرفي يقوي من كفاءة الذات المدركة لتحمل الألم و تخفيفه، بالإضافة إلى أنها توضح وساطة الأوبيودات واللاأوبيودات للتخفيف من استثارة الألم عن طريق الوسائط المعرفية، كما بينت أن الدواء الإيحائي قد ينشط مساهمة الأوبيودات في تسكين الألم.

و لقد أسفرت نتائج الدراسة التي قام بها ***(Heller &Krauss,1991)*** ان الكفاءة الذاتية المكتسبة يمكنها أن تنبئ بصلاحية انتقال مرضى الإدمان من مرحلة إزالة السمية *"Detoxification"* إلى مرحلة الرعاية اللاحقة *"After Care"*، هي نفس النتيجة التي توصل إليها ***(Cantrell.B et al ,1993)*** فيما يخص فعالية الكفاءة الذاتية لمنع حدوث الإرتكاس الكحولي.

و قد أشارت نتائج الدراسة التي قام بها ***(Muddle et al...,1995)*** و دراسة ***(محمد السيد عبد الرحمن،1998)***، بكل وضوح إلى أهمية توقعات فعالية الذات (كفاءة الذات) في عملية القضاء على أكثر العادات الفردية المدمرة لصحة الإنسان و المجتمع –أي سلوك التدخين – حيث تكاد تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه بحوث أخرى في هذا الشأن التي أكدت دور الكفاءة الذاتية في ممارسة العادات الصحية السليمة كالإقلاع عن التدخين مثلا أو ضبط الوزن و ممارسة الرياضة، و...إلخ على المدى الطويل.

في حين أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها ***(Martinez & al, 1999)*** الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية في تحسين مستوى جودة الأداء أو ضعفه فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية، و انعكاس ذلك على تحسن المزاج و الصحة النفسية، و هي نفس النتيجة التي توصل إليها ***(Booth et al,2000)*** في شأن مزاولة النشاط الرياضي، إذ أن الأفراد ذوي الكفاءة المرتفعة كانوا أكثر نشاطا و حيوية من غيرهم.

و عليه فمما سبق يتضح لنا أن معظم الدراسات تناولت متغير كفاءة الذات من حيث: الأهمية، و التأثير، و التدبر العلاجي، و لقد أجمعت تلك الدراسات على أهمية ذلك المتغير في تعديل أسلوب الحياة و الإرتقاء بالصحة إلى أعلى المستويات، مع بيان أهمية التدخلات المعرفية السلوكية التي ينتمي إليها.

وعلى هذا الأساس جاءت الدراسة الحالية لتؤكد أو تنفي ما قد تم التوصل إليه في بعض الجوانب التي تم التطرق إليها في الدراسات السالفة الذكر، فهي تهدف إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة المحدد أساسا في العوامل التالية: التغذية التدخين، الرياضة، الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

و بذلك تكون هاته الدراسات قد ألقت الضوء المباشر لأهمية متغيرات الدراسة الحالية، و أنارت الطريق لصياغة مستنيرة لفرضياتها.

7. الفرضيات:

1.7 الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

2.7 الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

تمهيد.

1. مفهوم الكفاءة الذاتية.

2. طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية .

3. أبعاد الكفاءة الذاتية.

4. مصادر الكفاءة الذاتية .

5. تأثير اعتقادات الفرد على كفاءة إمكاناته الذاتية.

6. الكفاءة الذاتية و السلوك الصحي.

خلاصة الفصل.

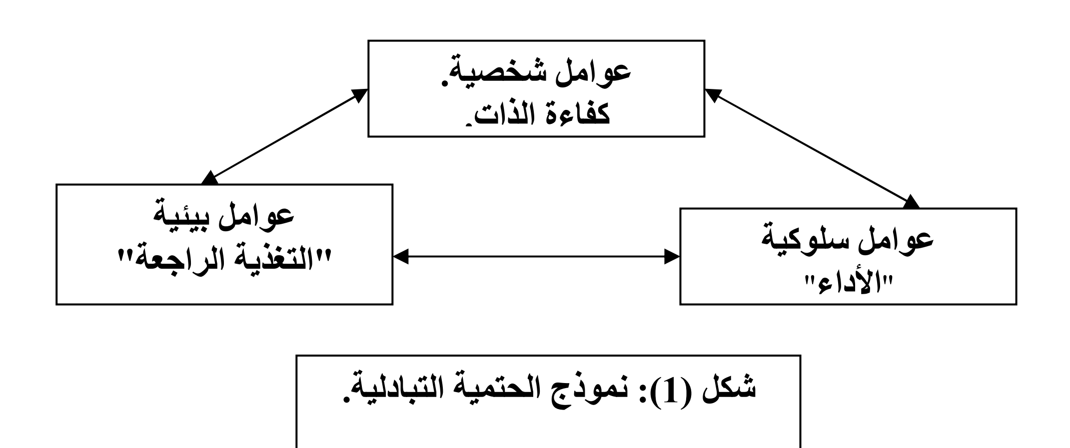
تمهيد:

تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا "*Bandura.A* "، و التي باتت تحظى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم نفس الصحة « *Health psychology* » لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك و ترقية الصحة، و عليه سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الكفاءة الذاتية، طبيعتها و بنيتها، أبعادها، مصادرها، الكفاءة تأثير اعتقادات أو ادراكات الفرد على كفاءة امكانته الذاتية، إضافة إلى الكفاءة الذاتية و السلوك الصحي.

1. مفهوم الكفاءة الذاتية:

1.1 تعريف الكفاءة الذاتية:

إن النظرية المعرفية الاجتماعية افترضت أن سلوك الفرد والبيئة، و العوامل الاجتماعية تتداخل بدرجة كبيرة، فالسلوك الإنساني في نظرية باندورا يتحدد تبادليا بتفاعل ثلاث مؤثرات هي: العوامل الذاتية، والعوامل السلوكية، و العوامل البيئية ، و أطلق على هذه المؤثرات ب " نموذج الحتمية المتبادلة " *(Reciprocal determinism)* و يوضحها الشكل التالي:



شكل (1): نموذج الحتمية التبادلية.

وطبقا لهذا النموذج فإن المتعلم يحتاج إلى عدد من العوامل المتفاعلة (شخصية وسلوكية و بيئية): ***(أحمد يحي الزق،2006،ص264).***

1. **العوامل الشخصية:** تطلق على معتقدات الفرد حول قدراته و اتجاهاته.
2. **العوامل السلوكية:** تتضمن مجموعة الاستجابات الصادرة عن الفرد في موقف معين.
3. **العوامل البيئية:** تشمل الأدوار التي يقوم بها من يتعاملون مع الفرد و منهم الآباء، والمعلمين، و الأقران.

و يشير *(Bandura.A, 1977)* إلى عدم وجود أفضلية لأي من العوامل الثلاثة المكونة لنموذج الحتمية التبادلية في إعطاء الناتج النهائي للسلوك، و أن كل عامل من هذه العوامل يحتوي على متغيرات معرفية، و من بين هذه المتغيرات التي تحدث قبل قيام الفرد بالسلوك ما يسمى ب "التوقعات أو الأحكام" سواء كانت هذه التوقعات أو الأحكام خاصة بإجراءات السلوك أو الناتج النهائي له، و هو ما سماه باندورا ب"فعالية الذات أو الكفاءة الذاتية"***(محمد أبو هاشم، 2003، ص ص 34-35)***

و تستخدم المراجع المتخصصة مفاهيم توقعات الكفاءة وتقدير توقعات الكفاءة و توقعات الكفاءة الذاتية في السياق نفسه.

كما أن هناك بعض البرامج تستخدم مفهوم الفاعلية الذاتية و الفعالية الذاتية كمرادف للكفاءة ، وفيما يلي عرض لبعض من هذه التعاريف:

يعرفها **دوفان وواكر *(Dovan & Walker, 1997)*** بأنها: " القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب، و من ثم التأثير في العمليات و مجريات الأمور لإحداث التغيير و التطور ".

فيما يعرفها **رادوج و وينكينتغ *(Bharadway and Wilkening,1997)*** بأنها : "الإمكانية و القدرة على التأثير النشط و ممارسة الضبط عبر مظاهر البيئة، و الإيجابية اتجاه الأحداث المختلفة، و هي مظاهر تسهم في شعور الفرد بالقدرة على الإنجاز و تقدير الذات ".

و يذكر ***(Shell,M ,1989)*** أن الكفاءة الذاتية هي : " الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص و يطبقون مهاراتهم المعرفية و السلوكية، و الاجتماعية على أداء مهمة معينة، ويعبر عنها بأنها صفة شخصية في القدرة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين ".

ويرى ***(Berry , J ,1989):*** " أن الفرد إذا شعر بالكفاءة و الثقة أي –كفاءة ذاتية عالية- فإنه من المحتمل أن يبذل الجهد و المثابرة اللازمة لإتقان العمل " .

في حين أن الكفاءة الذاتية عند ***(Shunk,H, 1983):*** " تتعلق بالأحكام على مدى الجودة التي يستطيع بها المرء أن ينظم و يستخدم مجريات الأحداث في المواقف التي تحتوي على عناصر جديدة ".

و يعرف **المرى إسماعيل (1990)** الشخص الكفء بأنه : " الشخص المناسب ذو الأهلية الذي يستطيع تحقيق الهدف (إنجاز المطلوب) بعزيمة و بحزم و تأكيد، و لا يدع مزيدا يمكن تحقيقه، و يضيف إلى ذلك أن الشخص الكفء يكون عادة ذا حيوية مجتهدا فطنا يقظا " ***(عبد المنعم أحمد الدردير، 2004، ص ص 115-116).***

تعريف **شفارتزر*(Schwarzer, 1994)*:** " الكفاءة الذاتية هي بعد من أبعاد الشخصية تتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات و المشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية ".

و قد تحدث ***(Bandura.A,1997)*** عن مفهوم الكفاءة الذاتية وقد عنى بها : " أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض و تنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول و مواجهة المصاعب و إنجاز السلوك، بمعنى آخر فإن الفعالية أو الكفاءة الذاتية تشير إلى الاعتقادات المفترضة التي يمتلكها الفرد حول قدراته ". و ينسب كلا الباحثين الأخيرين الكفاءة الذاتية وظيفة موجهة للسلوك تقوم على التحضير أو الإعداد للتصرف، وضبطه، والتخطيط الواقعي له ***(عماد الزغلول، 2003،ص 139).***

و عليه فإن معظم التعاريف السابقة أجمعت على أن الكفاءة الذاتية تتعلق بالإدراكات و المعتقدات التي يتصورها الفرد عن فعالية ذاته في الإنجاز و في تخطي العقبات و الأزمات و المحن، ومقاومة المثيرات التي تحذو به نحو السلوك غير المرغوب.

2-1 الفرق بين الكفاءة الذاتية العامة و الموقفية أو الخاصة:

على الرغم من أن باندورا (*Bandura.A*) لم يقم بالتفريق بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة و الخاصة عندما قدم البناء للمرة الأولى، و إنما قام بالتعريف الإجرائي لتوقعات الكفاءة الذاتية الخاصة مستخدما لوصف كلا الشكلين من توقعات الكفاءة الذاتية مصطلح "الكفاءة الذاتية المدركة" *Perceived self- efficacy* ، و الفرضية الكامنة وراء ذلك تتمثل في أنه في مجرى الحياة تكتسب قناعات الضبط الذاتية صفة سمات الشخصية، حيث تتغاير مرونتها و ثباتها بصفة مختلفة في مواقف المتطلبات المختلفة، غير أن وجود أشخاص يحملون كفاءة خاصة بالنسبة لمجموعة كبيرة من القضايا دفعت أيضا افتراضية إمكانية جمع عدد كبير من هذه الكفاءات الخاصة في بناء عام و ثابت (*Schwarzer ;1994*) ، و تشتمل توقعات الكفاءة الذاتية العامة على المواقف العامة التي يمكن لأي شخص أن يمر بها، في حين تشتمل توقعات الكفاءة الذاتية الخاصة على مجالات خاصة من المشكلات التي يمكن أن تواجه أشخاصا محددين أو مجموعات خاصة كالمدخنين و ذوي الوزن الزائد...إلخ.

3-1 الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية:

يميز شفارتزر(*Schwarzer ,1993 ;1994*) بين" توقعات الكفاءة الذاتية" و " التفاؤلية"، و يرى أن باندورا (*Bandura.A*) قد استخدم مصطلح "القناعات الذاتية التفاؤلية" عوضا عن "الكفاءة الذاتية المدركة" ، ويرى أن هذا البناء الذي اقترحه باندورا في عام 1977 (*Bandura.A*) لتوقعات الكفاءة يعبر عن" تفاؤلية وظيفية تحتل فيها الموارد الإيجابية مركز الاهتمام" و تشكل جزءا ضروريا من توقعات الكفاءة، وهو يختلف عن التفاؤلية النزوعية التي تقوم عليها توقعات النتائج الهامة لشاير و كارفير (*Schaier & Carver ,1985*) التي تعرضت لانتقادات متعددة، فالاعتقاد بأن أمور الحياة ستسير بصورة جيدة من تلقاء نفسها عبارة عن توقعات عامة تختلف عن الثقة بالإمكانات الذاتية و بقدرة المرء على القيام بسلوك معين، و يقترح شفارتزر مفهوما دقيقا يرى فيه بأنه معقد و غير عملي يتمثل في "توقعات الكفاءة الذاتية التفاؤلية المعممة النزوعية" للفصل بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية النزوعية عند (*Schaier & Carver*) ***(سامر جميل رضوان ، 1997).***

2. طبيعة و بنية الكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية هي مجموعة متمايزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة لتنتج مجموعة من الوظائف المتعلقة ب:

- **الوعي بالذات:** *Self-awareness* وتتضمن الكفاءات الذاتية:
  - الوعي الانفعالي *Emotional awareness*
  - الدقة في تقدير الذات *Accurate self-assessment*
  - الثقة في الذات *Self-condidence*
- **تنظيم الذات:** *Self-regulation* ، و يتضمن الكفاءات التالية:
  - التحكم أو الضبط الذاتي *Self-control*
  - الجدارة بالثقة(الموثوقية) *Trustworthiness*
  - الضمير الحي *Conscienttiousness*
  - القدرة على التكيف *Adaptability*
  - التجديد *Innovation*
- **الدافعية**: *Motivation* و تتضمن الكفاءات التالية:
  - الدافع للإنجاز أو التحصيل *Achivement drive*
  - الالتزام بالوعود و التعهدات *Commitment*
  - المبادرة *Initiative*
  - التفاؤل *Optimism* ***(عبد المنعم أحمد الدردير،2004،ص 26)***

و يرتبط التصنيف النظري لتوقعات الكفاءة الذاتية بنظرية العزو *« Attribution theory »* بصورة وثيقة، فالفرد الذي لديه كفاءة ذاتية عالية في مجال معين، فهو في الغالب يعزو سبب فشله في هذا المجال إلى عامل الجهد المبذول، أما أولئك الذين لديهم مستوى كفاءة ذاتية منخفض فهم في الغالب يعزون فشلهم إلى ضعف قدراتهم الذاتية، من ناحية أخرى تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية ذات أهمية بالنسبة للسيرورات الدافعية و تطور الإرادة في تصرف ما، ففي طور الدافع تقوم توقعات الكفاءة الذاتية بتوجيه اختيار المتطلبات و القرارات فيما يتعلق بإستراتيجيات التغلب، وفي طور الإرادة تؤثر توقعات الكفاءة الذاتية

على الجهود المبذولة، و مدى الاستهلاك المادي والمعنوي الذي سيبذله الفرد، و مدى التحمل عند التغلب على مشكلة ما.

يوضح باندورا (*Bandura.A*) أن طبيعة الكفاءة الذاتية تتضمن قدرة إنتاجية تنظم فيها المهارات المعرفية و الاجتماعية عبر مسار متكامل من السلوك الملموس للتعامل مع عدد كبير من الأهداف، و أن الاهتمام لا يكون حول المهارة التي يمتلكها الشخص بل على الحكم حول ما يستطيع الفرد فعله من خلال قدرته في التغلب على الصعوبات المتعلقة بأداء مهمة أو موقف محدد، و من هنا تعتبر الكفاءة الذاتية محددة بطبيعتها، فيشير باندورا (*Bandura.A*) بأن الأحكام على الكفاءة الذاتية تؤثر على خيارات السلوك الذي يقوم به الفرد مثل اكتساب سلوك جديد أو إعاقة سلوك موجود.

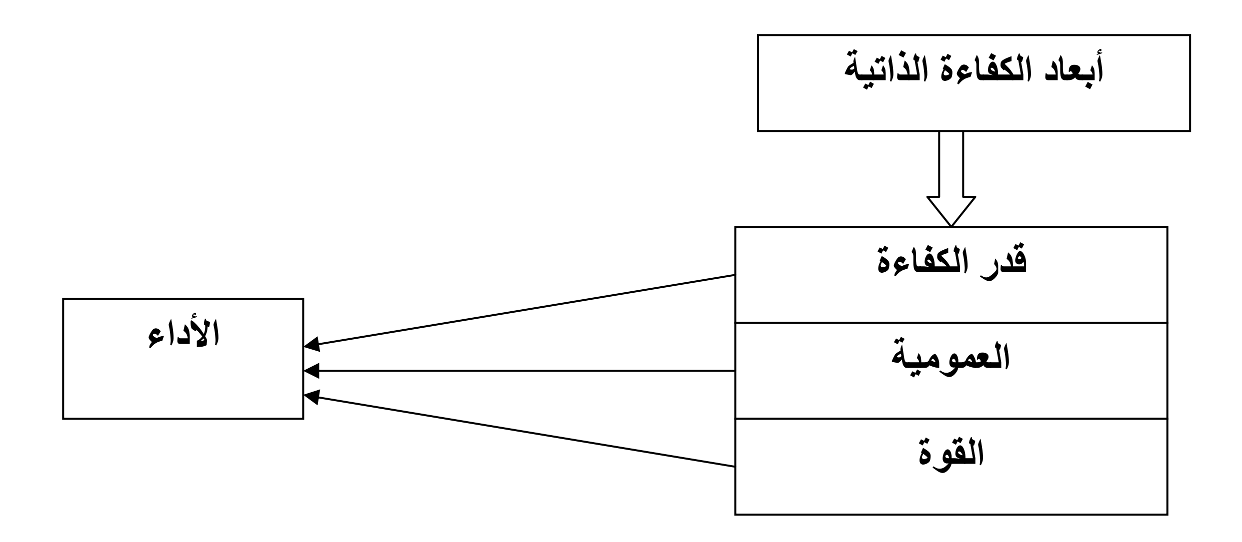
فالكفاءة الذاتية هي ذات طبيعة متعددة الأبعاد :

- فهي من حيث المجال تشمل: البعد العام، البعد الاجتماعي، البعد الأكاديمي.
- و من حيث الدرجة تختلف باختلاف: المستوى، درجة العمومية، القوة أو الشدة.

(فتحي محمد الزيات، 2001، ص 508) .

3. أبعاد الكفاءة الذاتية:

يحدد باندورا ثلاثة أبعاد للكفاءة الذاتية مرتبطة بالأداء و يرى أن معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية تختلف تبعا لهذه الأبعاد و يبين الشكل رقم (2) أبعاد الكفاءة الذاتية و علاقتها بالأداء لدى الأفراد:



شكل رقم(02): أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا

1.3 قدر الكفاءة الذاتية: *Mognitude*

و يقصد بها مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات و المواقف المختلفة، و يختلف هذا المستوى تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف، و يبدو قدر الكفاءة الذاتية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقا لمستوى الصعوبة و الاختلافات بين الأفراد في توقعات الكفاءة، و يمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة، و متوسطة الصعوبة، و لكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها، و مع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون على مواقف التحدي، و قد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة و المعلومات السابقة.

و يرى فتحي الزيات (2001) أن قدر الكفاءة الذاتية لدى الأفراد يتباين بتباين عوامل عديدة أهمها : مستوى الإبداع أو المهارة، و مدى تحمل الإجهاد، ومستوى الدقة، والإنتاجية، و مدى تحمل الضغوط ، و الضبط الذاتي المطلوب، و من المهم هنا أن تعكس اعتقادات الفرد تقديره لذاته بأن لديه قدر من الكفاءة يمكنه من أداء ما يوكل إليه أو يكلف به دائما و ليس أحيانا.

3-2 العمومية: *Generality*

و يشير هذا البعد إلى انتقال كفاءة الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال و مهام مشابهة.

و تتباين درجة العمومية ما بين اللامحدودية و التي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة، وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية :

- درجة تماثل الأنشطة.
- وسائل التعبير عن الإمكانية (سلوكية - معرفية- انفعالية) .
- الخصائص الكيفية للموقف و منها: خصائص الشخص، أو الموقف محور السلوك ***(محمد أبو هاشم ، 2003 ، ص ص 36-37).***

3-3 القوة أو الشدة: *Strength*

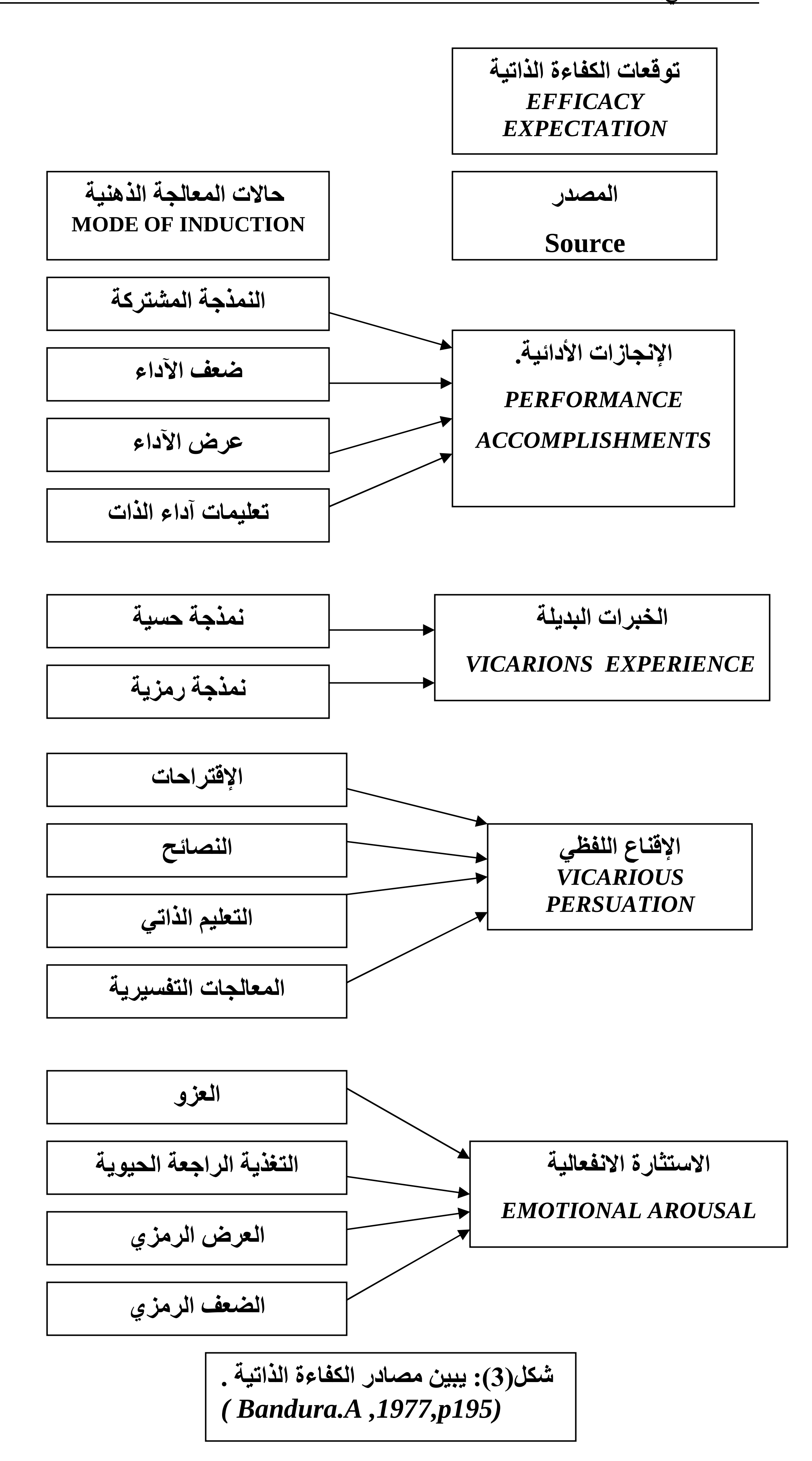
فالمعتقدات الضعيفة عن الكفاءة الذاتية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه (مثل ملاحظة فرد يفشل في أداء مهمة ما، أو يكون أداؤه ضعيفا فيها)، و لكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بكفاءة ذواتهم يثابرون في مواجهة الأداء الضعيف، و لهذا فقد يحصل طالبان على درجات ضعيفة في مادة ما، أحدهما أكثر قوة على مواجهة الموقف "كفاءة الذات لديه مرتفعة" ، و الآخر أقل قدرة "كفاءة الذات لديه منخفضة " ، و تتحدد قوة الكفاءة الذاتية لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، ومدى ملاءمتها للموقف.

و يشير أيضا هذا البعد إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، و يندرج بعد القوة أو الشدة على متصل ما بين قوي جدا إلى ضعيف جدا ***(علاء الشعراوي، 2000، ص 293).***

4. مصادر الكفاءة الذاتية:

إن الإحساس بالكفاءة أو الفاعلية الذاتية وإدراكها لا يأت من فراغ بل يعتمد عل تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا الصدد، وتوجد حسب باندورا (*Bandura.A*) أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الكفاءة الذاتية ***(عثمان يخلف، 2001، ص 104).***

ويبين الشكل رقم (4) هذه المصادر وعلاقتها بأحكام كفاءة الذات و السلوك أو الناتج النهائي للأداء.



شكل(3): يبين مصادر الكفاءة الذاتية .
(Bandura.A ,1977,p195)

1-4 الإنجازات الأدائية:

و هو المصدر الأكثر نجاعة لخلق إحساس متين بالكفاءة الذاتية فالنجاح عادة ما يرفع توقعات الكفاءة، بينما الفشل يثبطها .

إن المظاهر السلبية للكفاءة مرتبطة بالإخفاق، و تأثير الإخفاق على الكفاءة الشخصية يعتمد جزئيا على الوقت و الشكل الكلي للخبرات في حالة الإخفاق، و تعزيز كفاءة الذات يقود إلى التعميم في المواقف الأخرى و خاصة في أداء الذين يشكون في ذاتهم من خلال العجز و اللافعالية الشخصية، و الإنجازات الأدائية يمكن نقلها بعدة طرق من خلال النمذجة المشتركة حيث تعمل على تعزيز الإحساس بالكفاءة الذاتية لدى الفرد.

فالخبرات و الإنجازات الأدائية السابقة لها تأثيرات كبيرة على كفاءة الذات لدى الفرد، و خاصة تلك التي تحقق للفرد فيها النجاح، ***(Bandura.A, 2003, p 125)*** و لهذا يشير جابر عبد الحميد (1990) إلى مايلي :

- إن النجاح في الأداء يزيد من مستوى كفاءة الذات بما يتناسب مع صعوبة المهمة أو العمل .
- إن الأعمال التي يتم إنجازها بنجاح من قبل الفرد معتمدا على نفسه تكون أكثر تأثيرا على كفاءة ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين.
- إن الإخفاق المتكرر يؤدي في اغلب الأحيان إلى انخفاض كفاءة الذات، وخاصة عندما يعلم الشخص أنه قد بذل أفضل ما لديه من جهد ***(جابر عبد الحميد، 1990 ، ص 287).***

في مجال الصحة السلوكية يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالفاعلية من خلال نشاطهم اليومي، حيث أن الأفراد الذين تنقصهم مثلا القدرة على مزاولة نشاط معين يميلون إلى الشعور بالإحساس بالكفاءة بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منتظمة و لبعض الوقت، و الأشخاص الذين يحافظون مثلا على وزن عادي أو سليم، لهم القدرة على امتلاك إحساس قوي بالكفاءة نظرا لقدرتهم على ممارسة العادات الغذائية السليمة بصفة مستمرة ***(عثمان يخلف، 2001، ص 105).***

إن أثر الإنجاز أو الأداء الإنجازي على اعتقادات أو ادراكات الكفاءة الذاتية يتوقف على طبيعة هذه الإنجازات و قيمتها المدركة و مدى تقدير المجتمع و الأشخاص المهمين في حياة الفرد لهذه الإنجازات، و يتوقف المدى المحدد لاستقرار حس أو وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه للإنجازات على المحددات التالية:

- فكرته المسبقة عن إمكاناته و قدراته و معلوماته.
- إدراك الفرد لمدى صعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف.
- الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف.
- حجم أو كم المساعدات الخارجية.
- الظروف التي من خلالها يتم الأداء أو الإنجاز.
- الخبرات المباشرة السابقة للنجاح أو الفشل.
- أسلوب بناء الخبرة أو الوعي بها، و إعادة تشكيلها في الذاكرة.
- الأبنية القائمة على المعرفة و الخصائص التي تميزها ***(فتحي محمد الزيات، 2001، ص 511).***

2-4 النمذجة أو الخبرات البديلة:

يعتبر المصدر الثاني الأكثر أهمية بعد الإنجازات الأدائية، و ذلك باعتباره يمنح الفرصة للفرد بتعلم و اكتساب إستراتيجيات مواجهة متينة *(Coping)* من خلال الملاحظة دون اللجوء إلى التجربة الشخصي ***(Bandura, A. 1994)*** ، فالنمذجة يمكن أن تشكل اتجاها فعالا لتغيير العادات الصحية المولدة للمرض، ففي إحدى الدراسات التي قام بها *(Sarason ;I et al, 1991)* أوضحت نتائجها أن طلبة المدرسة الثانوية الذين شاهدوا آخرين يتبرعون بالدم، كانوا أكثر ميلا إلى القيام بذلك السلوك **(Sarason ;I et al,**, **1991, p21)** ، و قد استخدمت أساليب مختلفة للنمذجة بما في ذلك العرض الذي يقوم به المعالج، و عروض الفيديو، أو أشرطة التسجيل الصوتية، أو النمذجة الواقعية بواسطة أفراد آخرين في المجموعة، و عندما تستخدم النمذجة لوحدها فإنه يمكن أن تؤدي إلى بعض التحسن في السلوك المستهدف، إلا أن هناك شكوكا حول مدى استمرار المزايا لما بعد موقف التدريب، و انتقالها للمواقف التفاعلية الواقعية، وقد استخدمت النمذجة عموما بوصفها جزء

من الحزمة الشاملة للتدريب على المهارات الاجتماعية، واقتفاء لأعمال (Bandura ,1977) شدد أغلب الباحثين على الحاجة إلى استخدام نماذج من نفس عمر و جنس و مكانة العملاء حتى يمكن تحقيق أقصى تعلم، كما ذكر أيضا أن إيضاح أداء النموذج يؤدي إلى مرتبات إيجابية، وليس سلبية، يزيد من احتمالية التقليد ***(صفوت فرج، 2000، ص 297)***.

3-4 الإقناع اللفظي:

و يعني الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين و الإقناع بها من قبل الفرد أو معلومات تأتي للفرد لفظيا عن طريق الآخرين فيما قد يكسبه نوعا من الترغيب في الأداء أو الفعل، و يؤثر على سلوك الشخص أثناء محاولاته لأداء المهمة.

و يضيف باندورا (Bandura.A) أن الإقناع اللفظي يستخدمه الأشخاص على نحو واسع جدا مع الثقة فيما يملكونه من قدرات و ما يستطيعون إنجازه، و أنه توجد علاقة تبادلية بين الإقناع اللفظي و الأداء الناجح في رفع مستوى الكفاءة الشخصية و المهارات التي يمتلكها الفرد.

و يشير هذا المصدر أيضا إلى عمليات التشجيع و التدعيم من الآخرين أو ما يسمى بالإقناع الاجتماعي، ***(Bandura, 1977, p196)*** حيث يؤثر السياق الاجتماعي، و الإطار الثقافي الحاضن المدعم لدور الجهد الذاتي للفرد على تنمي اتجاهات موجبة نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على الجهد الذاتي النشط للفرد. و في هذا الإطار يتجه الأفراد مدفوعين إلى تجنب فقد أو إضاعة إمكانات أو قدرات الحاضر أكثر مما يكونون مدفوعين إلى الاحتفاظ بهذه الإمكانات أو القدرات أو تأمينها لتحقيق مكاسب مستقبلية من خلالها.

4-4 الحالة الفسيولوجية و النفسية:

تؤثر البنية الفسيولوجية و الانفعالية أو الوجدانية تأثيرا عاما على الكفاءة الذاتية للفرد، و على مختلف مجالات و أنماط الوظائف العقلية المعرفية و الحسية و العصبية لدى الفرد، وعلى هذا فهناك ثلاث أساليب رئيسية لزيادة أو تفعيل إدراكات الكفاءة الذاتية و هي:

- تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية
- تخفيض مستويات الضغط و النزعات و الميول الانفعالية السالبة.

- تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعتري الجسم.

كما تؤثر الحالات المزاجية على الانتباه، و على تفسير الفرد للأحداث و إدراكها، وتنظيمها وتخزينها، و استرجاعها من الذاكرة، و بصورة عامة تؤثر الحالة المزاجية الانفعالية أو الدافعية على إدراك الفرد لكفاءته أو فاعليته الذاتية و على الأحكام التي يصدرها ***(فتحي محمد الزيات ، 2001 ، ص ص516-517).***

وأخيرا يرى باندورا 1988 أن:

مصادر الكفاءة الذاتية و المتمثلة في" الإنجازات الأدائية، و الخبرات البديلة، و الإقناع اللفظي أو النصائح، و الحالة النفسية أو الفسيولوجية" يستخدمها الأفراد في الحكم على مستويات الكفاءة لديهم.

كلما كانت هذه المصادر موثوق بها، كلما زاد التغير في إدراك الفرد لذاته كإنسان قادر على السيطرة على حل المشكلات، و هكذا فإن المعلومات المبنية على الأداء الاجتماعي الفعلي للفرد من شأنها أن تكون أكثر تأثيرا للكفاءة الذاتية من المعلومات القائمة على الإقناع من خلال الطرق الخاصة بالتفسير المنطقي للمشكلات أو المقترحات.

إن هذه المصادر ليست ثابتة دائما و لكنها معلومات لها صلة وثيقة بحكم الشخص على قدراته سواء كانت متصلة بالإنجازات الأدائية أو الخبرات البديلة أو الإقناع اللفظي أو الحالة النفسية و الفسيولوجية ، و أن نظرية التعلم الاجتماعي تسلم بأن هناك ميكانيزم عام في الإنسان يمكنه تغيير السلوك، و أن كفاءة الذات هي أفضل منبئ بالسلوك الشخصي ***(محمد أبو هاشم حسن ، 2003 ، ص 44).***

5.تأثير اعتقادات الفرد على كفاءة إمكاناته الذاتية:

يرى باندورا أن الاعتقادات أو الإدراكات عن الكفاءة الذاتية تؤثر على سلوك الفرد من خلال أربع نواحي هي :

1-5 اختيار السلوك:

تؤثر الإدراكات المتعلقة بالكفاءة الذاتية للفرد على اختياره لسلوكه و يبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة و الثقة و الإنجاز، و يتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك، و تشير القياسات التكرر للعلاقة بين الكفاءة الذاتية و النتائج المتوقعة و المعرفة والمهارات إلى وجود ارتباطات عالية و دالة بينها.

حتى الأفراد الذين لديهم إدراكات بقوة الكفاءة أو الفاعلية الذاتية لديهم، مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم، يتصرفون ويمارسون في ضوء إحساسهم لمستوى كفاءة أو الذات لديهم، و ربما يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة.

و الأفراد الذين لديهم إدراكات بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لديهم مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة، ربما يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس، و التردد في قبول المهام أو التكليفات، و القيام بالمهام التي يملكون بالفعل إنجازها، و في هذا الإطار يستطرد باندورا أن الكفاءة تشكل المحدد الأساسي للسلوك، و هي ذات قيمة تنبؤية به، تفوق نتائجه المتوقعة (أي سلوك)، كما أن قيمتها التنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من المعرفة و المهارة التي يملكها الفرد.

و على ذلك فإن تقييمنا لإمكاناتنا أو قدراتنا الذاتية أو إدراكنا لكفاءة الذات يمثل المحدد الأساسي الذي يحكم المعرفة و المهارات التي نسعى إلى اكتسابها، و كذا النتائج التي نتوقعها، و من ثم فإن الكفاءة الذاتية هي محدد قوي للاختيارات التي يقوم بها الأفراد.

2-5 كم و معدل الجهد:

تحدد الإعتفادات عن الكفاءة الذاتية كم و معدل الجهد الذي يبذله الناس، ومدى حرصهم على مواصلة أو مثابرتهم في أداء النشاط المستهدف، فالأشخاص الذين لديهم إدراكات عالية بقوة الكفاءة يبذلون جهود أكبر و يحتفظون لمدة أطول بمعدلات أعلى للنشاط و المثابرة .

و هذه الوظيفة لإدراكات أو اعتقادات الكفاءة الذاتية للفرد تساعد على توليد تنبؤ كلي بمستوى الأداء اللاحق، كما أن ارتباط المثابرة بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية، يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الأداء، الذي يعود مرة أخرى ليؤثر بالارتفاع على مستوى الكفاءة.

3-5 أنماط التفكير و ردود الأفعال:

تحدد اعتقادات أو إدراكات الفرد لكفاءة الذات لديه أنماط من التفكير و ردود الأفعال الانفعالية، فقد وجد *(Collins ;1986)* أن الإحساس بقوة الكفاءة الذاتية يشكل التفكير السببي العلائقي بين الفعل و نتيجته، فيميل ذوو الإحساس بقوة الكفاءة الذاتية إلى إعزاء أو تفسير الفشل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته، وهذا الإعزاء أو التفسير يدعم الميل أو التوجه إلى النجاح، بينما يعزو ذوو الإحساس بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة.

4-5 الفرد منتج للسلوك:

يبدو تأثير اعتقاد أو إدراكات الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجا للسلوك أكثر منه متنبئا به و مؤدى هذا الافتراض ببساطة :

- أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء.
- أن ضعف الثقة بالنفس يولد التردد والتراجع عن المحاولة لتجنب الفشل.

و على ذلك فإن إدراكاتنا عن الكفاءة الذاتية تساعدنا على تحديد كيف نفكر و كيف نشعر و كيف نسلك أو نتصرف.

و الجدير بالاهتمام هنا هي أن اعتقادات أو إدراكات الفرد حول الكفاءة الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب، و لكنه يستخدم هذه الإدراكات أو الاعتقادات بشكل إيجابي نشط و ملموس كي يسلك أو يستجيب من خلالها، و هو ما أشار إليه *(Bandura ; 1977)* بمفهوم الحتمية التبادلية أو التبادلية الحتمية ***(فتحي محمد الزيات، 2001، ص ص 504-506).***

6. الكفاءة الذاتية و السلوك الصحي:

إن ممارسة التحكم و السيطرة في الحياة يلعب دورا في الحفاظ على الصحة والتعامل مع المرض، فحسب نظرية الكفاءة الذاتية فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية كفاءة الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي و الصحي للفرد.

ترى نظرية الكفاءة الذاتية أن أداء السلوك الصحي وممارسة الكفاءة يتم وفقا لشرطين أساسيين هما:

- **توقعات الكفاءة**: « *Efficacy expectations* » خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك، و يعني القدرة المدركة على أداء السلوك، مثلا "هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب".
- **توقعات النتيجة:** « *Outcome expectations* » خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه ، و يعني الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الإيجابية، مثلا "هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية " ***(عثمان يخلف، 2001، ص 103)***، و عليه فإن من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعورا بالكفاءة الذاتية، فاعتقاد المدخنين، على سبيل المثال، بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم، سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة، مع أنهم يعلمون تماما بأن التدخين فيه مجازفة، و أن التوقف عن التدخين أمر محبب، و قد بينت الأبحاث أن الكفاءة الذاتية تؤثر في السلوكيات الصحية بطرق متنوعة قد تصل إلى حد الإمتناع عن التدخين، وضبط الوزن، و استخدام الواقي الجنسي، وممارسة التمارين الرياضية، و تغيير النظام الغذائي، و عدد متنوع آخر من السلوكيات المتعلة بالصحة التي يؤديها الراشدون الأكبر سنا، و بذلك فإن معظم الأبحاث توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية، و بين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة، و بين الحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد ***(شيلي تايلور، 2008 ص ص 206-207).***

وعلى هذا الأساس يرى *(Bandura ; 1986)* أن الكفاءة الذاتية هي الآلية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، و قد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي و عاداته الصحية بطرق عدة:

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول إلى هدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
- من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات و الإحباطات المتكررة.
- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط و تحدياته.
- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره و تصوراته للواقع. ***(عثمان يخلف، 2001 ، ص ص 35-36).***

إن نظرية الكفاءة الذاتية أصبحت بؤرة اهتمام الدراسات التي تناولت مشكلات تعديل السلوك في مجالات عدة مثل: النشاطات الرياضية، و السلوك الجنسي، والعدوى، و ضبط الوزن، و الاكتئاب، و التغذية الصحية، و التوقف عن التدخين، واستخدام الواقي لدى الذكر في الممارسة الجنسية الصحية، التي تبرهن فاعلية توقعات الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي، و من بين هذه الدراسات تلك التي أجراها *(Mcauley, 1992)* على مجموعة من الأفراد في مرحلة أواسط العمر، ممن يمضون أغلب أوقاتهم جالسين، وممن يتميزون بإحساس عال بالكفاءة الذاتية فيما يتعلق بممارسة الرياضة، أقروا بأنهم يبذلون جهدا أقل في أثناء التمرين، و يشعرون بحالة مزاجية أفضل مقارنة بأولئك الذين كانوا يعتقدون بتدني مستوى كفاءتهم الذاتية، كما أن الانفعالات الإيجابية التي صاحبت ممارسة الرياضة تنبأت بدورها بظهور الاعتقاد بالكفاءة الذاتية لاحقا، و بينت أن الحالة الوجدانية الإيجابية قد تساعد على الاستمرار بممارسة الرياضة مستقبلا و عكس ذلك كان أيضا صحيحا، إذ تبين ان الأفراد الذين لديهم إحساس متدن من الكفاءة الذاتية فيما يتعلق

بالممارسة الرياضية كانوا أقل احتمالا للاستمرار في الممارسة ***(شيلي تايلور، 2008،ص 206)*** .

و عموما فإن كفاءة الذات هي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبا فيها تخدم صحته و تزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية، و لذلك فإن الذين لهم عادات صحية سليمة مثل ممارسة الرياضة، و الالتزام بقواعد التغذية الصحية، و تجنب التدخين، و المسكرات وإجراء الفحوص الطبية الدورية، و مراجعة المراكز الصحية، يتميزون بكفاءة عالية للذات، و لهم ممارسات فعالة في حياتهم ، و السبب في ذلك يرجع حسب قول باندورا إلى الإرادة القوية لديهم، حيث يجندون اكبر قدر ممكن من الطاقة الجسمية و الطاقة الانفعالية لضمان نجاح أدائهم و كذا الحصول على نتائج يرغبون فيها ***(عثمان يخلف،2001، ص103).***

يزخر حاليا التراث السيكولوجي بالبحوث و الدراسات التجريبية و الأمبريقية التي تبنت نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا كمنهج علمي دقيق في البحث عن الحلول العلاجية والوقائية المناسبة و الفعالة للتغلب على المشكلات الصحية المعاصرة، و يكاد يكون هناك شبه إجماع بأن هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة، إذ أن له فائدة عملية و إكلينيكية كبيرة، حيث تعتبر مبادئ كفاءة الذات عنصرا من العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية و العلاجية في مجال علم نفس الصحة ***(عثمان يخلف، 2001، ص 36).***

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال العرض السابق لنظرية الكفاءة الذاتية ما يلي:

- يمكن تعريف الكفاءة الذاتية على أنها : " توافر الخصائص و الإمكانات لدى الشخص التي تهيئ له الفرصة لتحقيق أهدافه و مواجهة التحديات و العوائق التي تحول دون إنجاز ما يخطط لإنجازه من خلال تركيزه على المهارات والقدرات لديه ".
- الكفاءة الذاتية هي توقع الفرد لمدى قدرته على أداء مهمة محددة وهي كذلك تعني استبصار الفرد بإمكاناته و حسن استخدامها، وأنها وحدها لا تحدد السلوك على نحو كاف بل لابد من وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أو عقلية أو نفسية.
- أحكام الكفاءة الذاتية هي عملية استنتاجيه تتوقف على معلومات من أربع مصادر أساسية هي: الإنجازات الأدائية، و الخبرات البديلة أو النمذجة والإقناع اللفظي و الحالة النفسية أو الفسيولوجية، وتتميز في ضوء ثلاثة أبعاد هي: قدر الكفاءة، و العمومية و القوة .
- تختلف توقعات الكفاءة الذاتية عن توقعات الفرد للنتائج و كلاهما يمارسان تأثيرا قويا على السلوك الإنساني.
- إن الإدراكات عن الكفاءة الذاتية لها تأثير جوهري على سلوك الفرد من خلال : اختيار السلوك، كم و معدل الجهد أنماط التفكير و ردود الأفعال، إنتاجية الفرد للسلوك.
- هناك ارتباط قوي بين الكفاءة الذاتية و ممارسة السلوكيات الصحية.

الفصل الثالث: أسلوب الحياة

تمهيد:

1. مفهوم أسلوب الحياة.

2. نظريات تغيير أسلوب الحياة..

3. أسلوب الحياة الصحي.

4. أسلوب الحياة و الأمراض المزمنة.

5. إستراتيجية تغيير أسلوب الحياة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: "حالة من التمام بدنيا و عقليا واجتماعيا و روحيا و ليست انعدام المرض أو العجز".

و حسب هذا التعريف الشامل للصحة ينبغي التأكد من حقيقتين:

الحقيقة الأولى: أن مفهوم الصحة أوسع من مجرد مكافحة الأمراض و معالجتها، والحيلولة دون حدوث الإعاقات، أو ما تقدمه المؤسسات الصحية من رعاية صحية على مختلف المستويات، بل تتعدى لتشمل كل المستويات اليومية للفرد و المجتمع، و التي تؤثر على صحة الإنسان و سلامته.

الحقيقة الثانية: إن تعزيز الصحة هو في الأساس مسؤولية الأفراد و المجتمع و ليست المؤسسات الصحية، و لن تتحقق الصحة إلا عندما يتمكن الأفراد من خلق و تعزيز ظروف معيشية صحية من خلال إتباع أنماط الحياة الصحية و القيام بالمحافظة عليها ***(بهاء الدين ابراهيم سلامة، 2001، ص 17).***

و على هذا الأساس حاولنا في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم أسلوب الحياة، أهم نظريات أسلوب الحياة، أسلوب الحياة الصحي، علاقة أسلوب الحياة بالأمراض المزمنة و أخيرا إستراتيجية تغيير أسلوب الحياة.

1. مفهوم أسلوب الحياة:

- في علم الاجتماع:

يشير مفهوم أسلوب الحياة إلى الخطة التفصيلية للمعيشة و التي تعكس فعلا القيم والمبادئ التي يتبناها فرد أو مجموعة من الأفراد في حياتهم اليومية، و يتضمن ذلك الخلفيات الثقافية، و العادات الاجتماعية و المعتقدات الدينية، و الأعراف السائدة بينهم، وبذلك فإن اكتساب أسلوب حياة خاص يعكس اختيار واع لسلوك معين بين مختلف أنواع السلوكات، فقد أجمع ***(Shields & al, 1992)*** على أن أساليب الحياة بصفة أساسية هي انعكاس للثقافة و القدرة الشخصية على الاختيار، و لكنها بدرجة أقل من العوامل الاجتماعية.

- **تعريف (Rutten , 1985) :** اقترح فروقات مهمة بين عدة مفاهيم حول أسلوب الحياة:

- شروط الحياة: (الموارد).
- طريقة الحياة: (نوع السلوك),
- أسلوب الحياة: (مجموع أنواع طريقة الحياة)
- حظوظ الحياة: (الاحتمال البنيوي للمراسلة بين أسلوب الحياة لشخص ووضعيته)، و قد أشار إلى أن المحيط الاجتماعي الثقافي يضطلع بدور هام وفعال جدا في أسلوب الحياة ***(Agence de santé publique du Canada,2002)***

من جهة أخرى يوضح ماكس فيبر ***"Maxe Waber"*** أن أسلوب الحياة يتكون من مكونين أساسيين الأول هو فرص الحياة و يشير إلى احتمالات إدراك الاختيارات من قبل الأفراد، و الثاني هو إدارة الحياة، و يشير إلى عنصر الاختيار و التوجه الذاتي الذي يحكم انتقاء الأفراد لأساليب حياتهم، و يتحقق أسلوب الحياة بطريقة المصاهرة الاختيارية *"Elective affintty"* الذي يشير إلى ضرورة المصاهرة بين الأفكار والتي تَخلق و تَختار بواسطة الأفراد و الأوضاع و المواقف ، و النماذج الاجتماعية التي يعيشونها.

كما أكد تلاميذ فيبر من بعده أن مفهوم إدارة الحياة لم يتجاهل القيم الذاتية بتدعيم العلاقة بين أخلاقيات المسؤولية و إدارة الحياة، فبعض الأخلاقيات تتطلب من الفرد أن يتدبر النتائج المحتملة لأفعاله مع المظهر اتجاه التحقيق الأفضل للقيم المثالية.

- **تعريف دوجلاس و آخرون(*Douglas & al ..*) :** يعني مفهوم أسلوب الحياة كما حدده دوجلاس على أنه الأسلوب الذي يشمل العناصر و الكيفيات الفريدة التي تصف أسلوب الحياة و بعض الثقافات أو الأشخاص و اختلافهم عن الآخرين و تتضمن أنماط الحياة اليومية التي تنمو و تبزغ من خلال ديناميات الحياة في المجتمع.

- **تعريف جيمس و فرانكين (*James & Feankin*) :** يتكون أسلوب الحياة من الأنماط الثابتة لاتساق الشخصية و التي يمكن التعبير عنها بصور مختلفة و في مجالات

متعددة تشمل عدة جوانب مثل الجوانب العقلية و الانفعالية و الاجتماعية و الجوانب الدافعية للفرد.

و يمكن أن نحدد أسلوب الحياة من خلال عدد من الحاجات المركزية و التي يمكن أن توصف في موضوعات الحياة الأساسية، و هي تتخلل كل شيء يقوم به الفرد، فيوضح أدلر ***"Adler"*** أن أسلوب الحياة هو الحالة الفريدة التي تتكون من المجموع الكلي للدوافع والاهتمامات و السمات و القيم، كما تظهر في سلوك الأفراد الكلي، و يكون أسلوب الحياة نتاج لقوى ذاتية داخلية موجبة و قوى بيئية خارجية تساعد أو تعوق تشكيل الاتجاه الذي ترغب الذات الداخلية في إتيانه، و أن أسلوب الحياة هو وسيلة الفرد إلى التحقيق الذاتي وتنمية الشخصية و التعبير عن الكفاح من أجل التفوق ***(هارون توفيق الرشيدي،1999،ص ص 103-104).***

- تعريف سيلوس *(Sellose.D)* : تعبير يستخدم ليدل على وحدة الشخصية النفسية المنظمة انطلاقا من خيار للقيم ليساهم في تماسك صورة الذات في العالم الخارجي **(باروفراسوزرولان، 1997،ص 1034).**

- تعريف محمود السيد أبو النيل (1994): هي طريقة الفرد و أسلوبه في الأخذ والعطاء مع الناس في تعامله الاجتماعي، و في حل مشاكله و في تغلبه على ما يواجهه من عقبات، و تبعا لذلك فإن أسلوب الحياة يختلف عند الناس من حيث قدرتهم و أسلوبهم في التوافق اختلافا كبيرا ***(محمود السيد أبو النيل، 1994، ص 71).***

من خلال التعاريف السابقة نستشف أن أسلوب الحياة يتأثر بكل من البيئة المحيطة والجماعة المرجعية و الأسرة و الثقافة العامة و الفرعية في المجتمع، و ينمو هذا الأسلوب في مراحل النمو المختلفة، ويشتق من التفاعل الاجتماعي بين الفرد و الأفراد الآخرين، و أن للسنوات الباكرة من حياة الفرد دور كبير في تحديد أسلوب حياة الأفراد.

2. نظريات تغيير أسلوب الحياة:

سواء قام الشخص بممارسة السلوك الصحي أم لا فإنه يتأثر بالعوامل الاجتماعية والانفعالية و المعرفية، و في ضوء ذلك هناك نظريتان مهمتان حول تغيير أسلوب الحياة هما: نظرية فيشبين في السلوك المبرر، و نموذج المعتقدات الصحية لبيكار.

2-1 نظرية المعتقدات الصحية: *"The health belief of model"*

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من النماذج النظرية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية خاصة مجال الصحة العامة، حيث يعتمد عليه إلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية.

تسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي ، بعبارة أخرى أنها تحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة، مما سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أو النمائية أكثر دقة و فعالية في التنفيذ ***(عثمان يخلف،2001، ص 21)***، كما يستخدم النموذج أيضا للتنبؤ بسلوك كل من المرضى الحاديين و المزمنين. ووفقا للنموذج فإن احتمال قيام الشخص بإجراء وقائي يعتمد على عاملين:

- تقدير التهديد باعتباره مشكلة صحية .
- وتقييم إيجابيات و سلبيات اتخاذ إجراء إزاءه، و التهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية و حساسية إدراكه لها، و مؤشرات اتخاذ قرار بشأنها، وقد تأخذ هذه الأخيرة صورا مثل حملات وسائل الإعلام، أو خطاب تذكير من الطبيب، أو أمراض عائلية، و كذا إدراك الشخص للأعراض التي تنم عنه، و يتأثر إدراك تهديد المرض بالعوامل الديموغرافية، مثل العمر أو الجنس، وعوامل الشخصية، و المعلومات حول المشكلة الصحية أو التعرض لها .

و أخذا في الاعتبار العوامل الإيجابية أو السلبية فيما يخص القيام بإجراءات وقائية، يًلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل خفض مخاطر تعرضهم لمشكلات صحية ترجح العوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء، وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية، و لكنها قد تتضمن أيضا انشغالات أخرى أقل وضوحا مثل

الوقت المنفق، و بالتالي فإن الأشخاص الأكثر ميلا لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك الذين يشعرون أنهم مهددون بمرض ما ، و يشعرون أن مزايا المراجعة الطبية أرجح من التكلفة.

و قد أدى هذا النموذج إلى قدر كبير من البحوث التي دعمت النموذج كثيرا، منها التنبؤات المستخلصة منه، و بالنظر إلى سلوك تحسين الصحة اتجهت البحوث نحو قضايا جد هامة مثل: المشاركة في برامج فحص سرطان عنق الرحم، و الحد من عوامل الخطر مثل الإقلاع عن التدخين، و تغيير عادات التغذية.

و من خلال مراجعة ل: 24 دراسة في هذا المجال استخلص *(Janz & Becker,1984)* أن نية اتخاذ إجراء وقائي أرجح لدى أولئك الذين يعتقدون أنهم أكثر حساسية للظروف الصحية موضوع التساؤل، و أن المرض المتوقع ستكون له تأثيرات خطيرة، و هناك تقريرات حول نتائج متشابهة في ضوء المدى الذي يذعن به الناس للنصيحة العلاجية، يضاف إلى ذلك ما أوضحته البحوث من أن مؤشرات القيام بإجراء مثل تذكر إجراء فحص ذاتي للثدي، تؤثر في قرارات الشخص للقيام بإجراء وقائي .

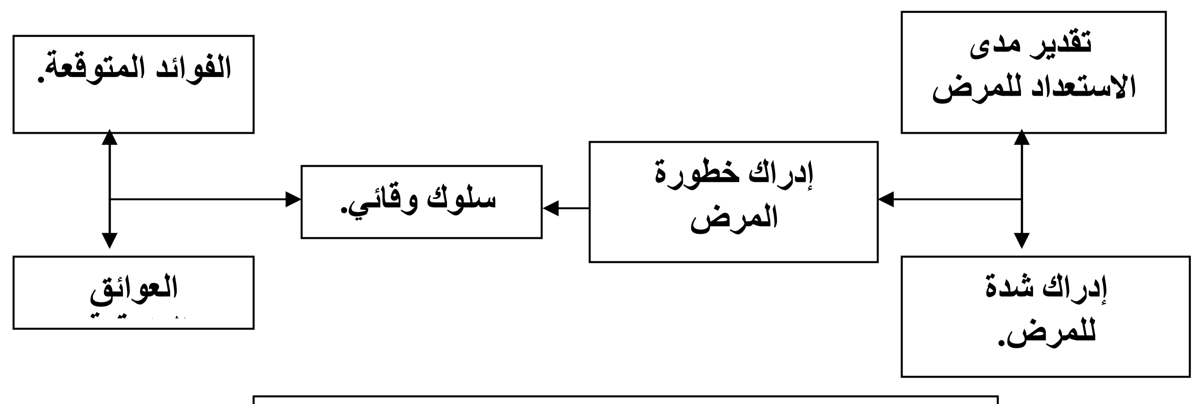
و على الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج و البحوث التي حفزها إلا أنه لم يسلم من النقد إذ أنه:

- لم يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل غسل الأسنان الذي يقوم به الناس بشكل معتاد.

- لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات في النموذج، مثل الحساسية الإدراكية أو الخطورة، و لا شك أن هذا الأمر هو المسؤول عن النتائج المتباينة في مجال الدراسات، وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات ***(صفوت فرج، 2000، ص 571).***

وحسب ***(Zani ,2002)*** فالفرد حسب هذا النموذج يعتبر كموضوع يأخذ قراراته لوحده، و كأنه متحرر من العلاقات الاجتماعية و لا يخضع لأي تأثيرات عاطفية أو علائقية، يتخذ قرارات عقلانية متأسس على استراتيجيات معرفية للوصول إلى النتائج المرجوة والخفض من أعباء و تكاليف عدم القيام بإجراءات وقائية، و هذا مالم تؤكده العديد من

الدراسات.**(Zani.B, 2002, p 27).** و الشكل التالي يبين بعض السمات البارزة لنموذج المعتقدات الصحية ،



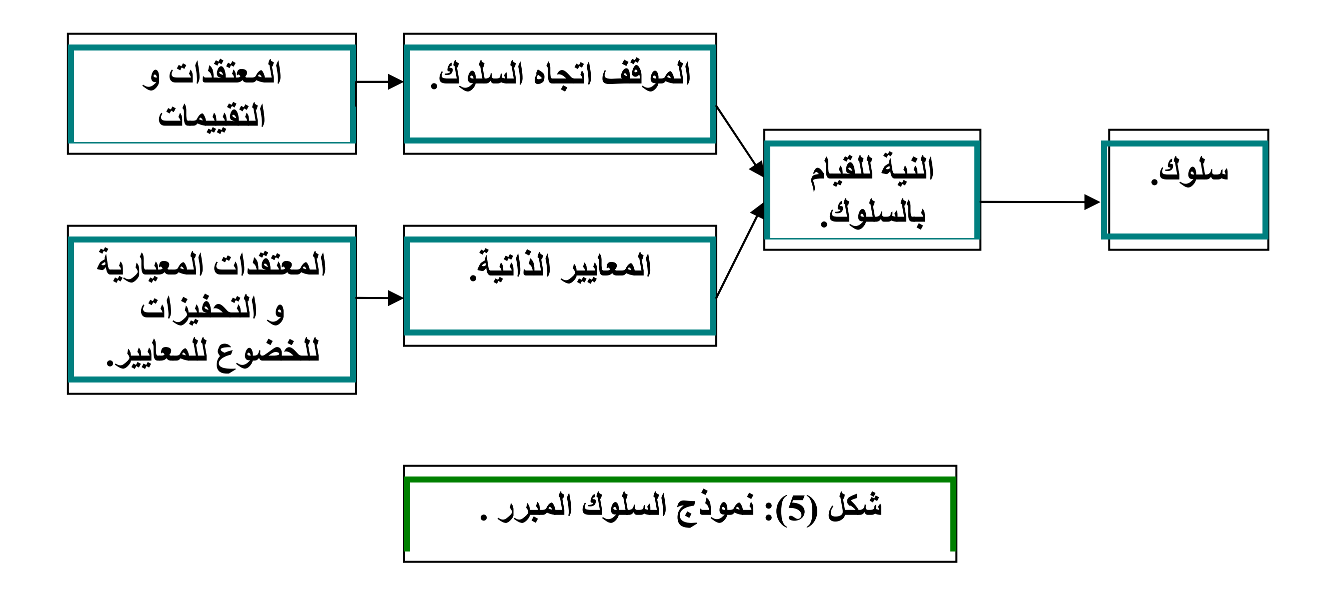
شكل (4): بعض السمات البارزة لنموذج المعتقدات الصحية الصحية.*(Gustave Nicolas Fisher,2002,p26)*

2-2 نظرية فيشبين في السلوك المبرر: "*Theory of reasoned action*"

هو نموذج انبثق من علم النفس الاجتماعي، و طَوّر من طرف فيشبين و أجزين سنة 1975 ، و هو يحدد العلاقة القائمة بين كل من المعتقدات-المواقف-المعايير-النية-سلوك الأفراد.**(Fishbein,M et Ajzen,I, 1975, p302)** فالفرضية الأساسية لهذه النظرية أن نية الشخص لتبني سلوك معين يتحدد بمواقفه حيال هذا السلوك و معتقداته الخاصة بعواقب هذا السلوك أي مايترتب على هذا السلوك من نتائج و تقييمه لنتائج أفعاله، زد على ذلك إدراكه للمعايير الاجتماعية الواردة في ثقافته أو المتبعة في مجتمعه حول سلوك ما. و بذلك نجد أن هذا النموذج يعمل على ترشيح المحفزات الخارجية التي تؤثر على المواقف و لذلك فالتدخل هنا يكون بتعديل هيكل المعتقدات للفرد في حالة تبني معتقدات خاطئة. **(*Caralino werle et al*, p 10)**

على الرغم من أن نموذج فيشبين أستخدم للتنبؤ بمجال عريض من السلوك إلا أن استخدامه محدود بمجال السلوك المتعلق بالصحة، وهناك بعض البحوث التي أوضحت إمكانية تطبيق النموذج للتنبؤ بقصد ممارسة الرياضة، أو ممارسة سلوك معين، و في التغذية من الزجاجة مقابل الرضاعة الطبيعية و قد عرض *(Ajzen & Madden,1986)* في فترة

أحدث صورة معدلة عن النظرية يشار إليها باعتبارها نظرية السلوك المخطط *(Planned behavior)* ***(صفوت فرج،2000، ص 570).***



شكل (5): نموذج السلوك المبرر .

3-2 نظرية السلوك المخطط:

بعد اكتشاف بعض الثغرات في بنية نظرية السلوك المبرر قام كل من فيشبين و أجزين ***(Fishbein,M et Ajzen,I)*** بإجراء بعض التغييرات في النموذج، حيث أضافا عامل التحكم السلوكي المدرك، هذا المفهوم يًعرف على أساس أن اعتقاد الفرد بفكرة معينة يسهل عليه القيام بسلوك ما، أو يجعله يتخلى عنه، و يهدف هذا العنصر إلى موازنة الحالات التي يعتقد فيها الأشخاص بأنهم غير قادرين على التحكم في سلوكاتهم و عاداتهم، و بالتالي فإن هذا العامل الإضافي في النموذج له تأثير مباشر على نية الأفراد، فأولئك الذين يظنون بأنهم لا يملكون فرص أو إمكانيات لتغيير سلوكهم و تحسينه غير قادرين على تنمية النية أو قصديه سلوكية قوية، هذا المكون شبيه بمفهوم باندورا فيما يخص الكفاءة الذاتية ، و بالتالي فإن سلوك الأفراد ليكون فعالا يجب أن يكون مقررا و مخططا، هذا الأخير يتأثر بالعوامل التالية: ***(Zani.B, 2002,p30)***

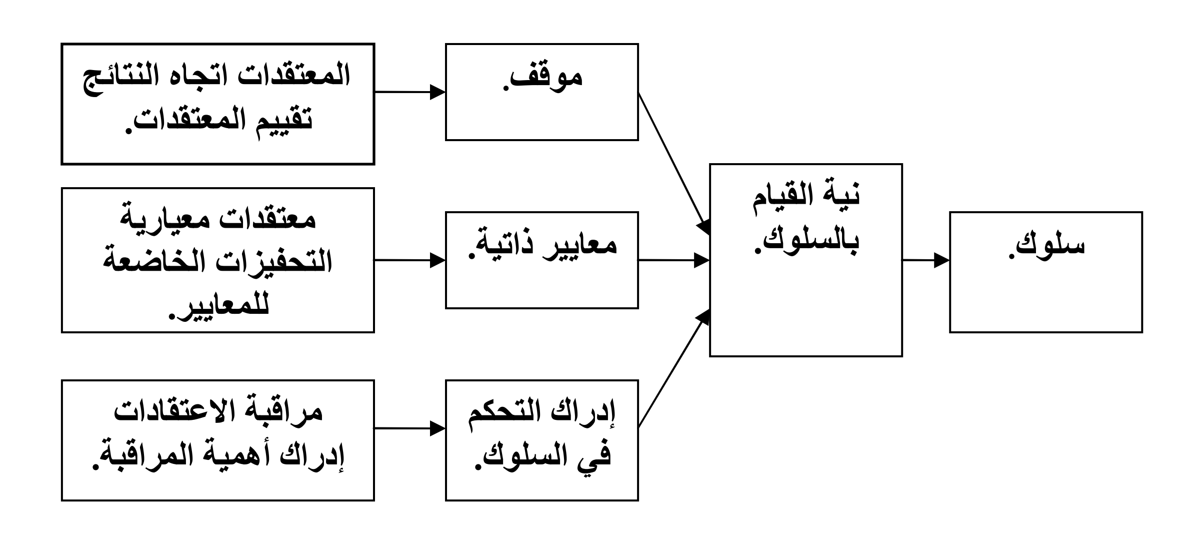
- **الإتجاهات التي يحملها الفرد نحو الفعل:** و هي تستند على المعتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك، و التقييمات لهذه النواتج .
- **المعايير الذاتية:** و هي ترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون أن عليه القيام به (المعتقدات المعيارية)، و بدافعتيه للامتثال لهذه المرجعيات المعيارية.
- **الضبط المدرك للسلوك:** و هو ما يحدث عندما يحتاج الفرد إلى الشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب، و أن السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة (كفاءة الذات)، و لنأخذ مثالا بسيطا، فالمدخن الذي يعتقد بأن التدخين يترك نتائج خطيرة على الصحة و يعتقد بان الآخرين يرون أن عليه التوقف عن التدخين، و الذي يرى أن لديه الدافع للامتثال لهذه المعتقدات المعيارية، و يعتقد أنه قادر على التوقف عن التدخين، سيكون أكثر قدرة على التصميم على ترك التدخين من الشخص الذي لا يمتلك هذه الاتجاهات و المعتقدات المعيارية ***(شيلي تايلور،2008،ص ص147-148).***

و تُوفر نتائج دراسة حديثة حول سلوك ممارسة الفحص الذاتي للخصية بحثا عن علامات سرطان الخصية، دعما لتعديلات النظرية، و قد ارتبط إجراء الفحص الذاتي للخصية جوهريا بالاتجاهات نحو القيام بهذا الفحص، و المعايير الذاتية باحتمال أن الأشخاص الآخرين المهمين لدى الشخص يرغبون في قيامه بهذا الفحص في الوقت الذي تؤدي فيه الاعتبارات الخاصة بالكفاءة الشخصية المدركة (الثقة في القدرة على القيام بفحص الخصية) و معرفة طريقة الفحص إلى تحسين التنبؤ بالقصد.

و على الرغم من ذلك فإن إحدى مشكلات النظرية أنها تم تضع في الإعتبار القرارات غير المنطقية التي يتخذها الناس حول صحتهم ، مثل الفشل في السعي إلى العلاج الطبي عند ظهور أعراض المرض، زد على ذلك أن المقاصد و السلوك ليسا مرتبطين بالضرورة، بمعنى أن السلوك قد لا يتبع دائما القصد أو النية و من المؤكد أن العلاقة بينهما يمكن أن يتوسطها مجال من العوامل التي تتضمن الخبرات الأولية و التاريخ السابق لممارسة السلوك الصحي ***(صفوت فرج،2000، ص ص 570-571)***، و بذلك نجد أن المتغيرات المعتمدة في

نظرية السلوك المخطط نسبية و لو إذا أدمجنا عامل التحكم السلوكي، كما أن النظرية أهملت تحليل العوامل التي تشرح كيفية مرور الفرد من المعتقدات إلى النوايا و من النوايا إلى السلوك ، و العلاقة القائمة بين إدراك التحكم و مشاكل التحكم الفعلية (مراعاة تأثير العوامل الهيكلية و الاجتماعية) ***(Caralino Werle et al ,p 11).***

و كما هو الحال بالنسبة لنموذج المعتقدات الصحية لم يضع النموذج في الحسبان أن تكلفة و مزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن، بالإضافة إلى أن النظريتين يفترضان عقلانية اتخاذ القرار أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة في سلوك معين، و تعديل سلوكهم وفقا لذلك بعناية، و لهذا و كما توحي العديد من الدراسات، فإن اتخاذ الناس للقرارات يميل إلى الإنحراف عن العقلانية، و تشير الكثير من نتائج البحوث إلى أن الناس متفائلون فيما يخص صحتهم بشكل غير واقعي، و لديهم خبرة ضئيلة بالتهديدات الصحية، ونحن نعطي تقييما أقل لاستهدافنا للمرض، أو نجد أنه من الصعب تصور ما يمكن أن يكون عليه مرض خطير، و الواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجة لعوامل أقل تحديدا ***(صفوت فرج،2000، ص 572*** ، و الشكل التالي يبين بعض السمات البارزة لنموذج السلوك المخطط



شكل (6): بعض السمات البارزة لنموذج السلوك المخطط
(Gustave Nicolas Fisher, 2002, p29)

انطلاقا من التصورات السالفة الذكر التي قدمها علماء النفس الصحي لتغيير العادات الصحية، نلاحظ أنهم عملوا على دمج العوامل الدافعية و التعليمية في نماذج أكثر عمومية، و ذلك للتدخل في تغيير السلوكيات الضارة بالصحة، إذ أن معظم هذه النماذج ركزت اهتمامها على اختبار المدركات حول مدى توافر القابلية للتعرض للمخاطر الصحية، و على المعتقدات التي يحملها الفرد حول أهمية العادات الصحية في مواجهة هذه المخاطر، و المدركات حول ما لديه من إمكانات ذاتية لإيقافها.

3. أسلوب الحياة الصحي:

إن مفهوم أسلوب الحياة الصحي هو وليد فكرة أنه بمقدرتنا الحكم بسلامة أو عدم سلامة أنواع النشاطات اليومية للأشخاص، و هو يشير إلى حياة متوازنة حيث يقوم الفرد بخيارات محددة متعلقة بعدة عوامل، ففي سنة 1947 قدم " ***Lalonde*** " نظرة جديدة للصحة بإتيانه بمصطلح مهم جديد ألا و هو أسلوب الحياة للسياسة الصحية في كندا، و بالتالي فإن هذه الخطوة تعتبر ضمن أول من وصف أسلوب الحياة كعامل محدد للصحة والمرض و أثر على العالم في نظرته للصحة.

و قد عرف ***(Lalonde, 1974)*** أسلوب الحياة الصحي على أنه:" مجموع القرارات المؤثرة على صحة الأفراد و التي يملكون عليها رقابة أقل أو أكثر، و يضيف أن القرارات والعادات الشخصية السيئة تخلق مخاطر وضعية ارتدادية، وعندما تسبب هذه المخاطر المرض أو الموت فعندئذ يمكن عزو ذلك إلى أسلوب حياة الضحية و أنه هو المسؤول عن ذلك"، وقد كانت أول تبادلات وجهات النظر حول أسلوب الحياة تدور أساسا حول التغذية وممارسة التمارين الرياضية، التدخين واستهلاك الكحول، و البرامج الهادفة لتطوير وتحسين أسلوب الحياة كانت مبنية على الإعتقاد بأن توفير المعلومات و التربية الصحية سيغيران أنماط الحياة، و إذا كانت الفكرة ثورية آنذاك إلا أن فهمنا لأسلوب الحياة و علاقته بالصحة قد تطور بصفة معتبرة منذ ذلك الحين.

و بعد نحو أكثر من عشرين سنة عرفت منظمة الصحة العالمية ***(Who,1998)*** أسلوب الحياة بإعطاء مكانة أكبر للعوامل المحددة لأسلوب الحياة الصحي، أي أن أسلوب

الحياة هو طريقة عيش مبنية على نماذج سلوكية معروفة و محددة بالتفاعل بين الخصائص الشخصية و العلاقات الاجتماعية و شروط الحياة الاجتماعية – الاقتصادية و المحيطية للفرد

الاختبار الحديث لمحددات صحة السكان قد وسع معرفتنا للعناصر المكونة لأسلوب الحياة السليم أو الصحي مثلما نرى فيما يلي:

- من المعروف الآن بأن الاستجابة الفعالة لعوامل الضغط هي محدد مهم للصحة، كما أن استراتيجيات المواجهة الفعالة تساعد الأفراد على مواجهة التحديات و ضغوط الحياة بدون اللجوء إلى السلوكات الخطرة .

- التعلم المستمر هو جزء من أسلوب الحياة السليم .

- الإجراءات الوقائية و التأمين في المنزل، في المدرسة و في مكان العمل هي عناصر جد مهمة لأسلوب حياة صحي .

- النشاط الاجتماعي و التطوعي هي عناصر مهمة لأسلوب حياة صحي، و كذا تأثير العلاقات الاجتماعية على الصحة.

- الشعور بأن الحياة لها هدف و معنى، الروحانية و الأمل هي عوامل رئيسية لأسلوب الحياة.

مراحل الحياة و إدراك الخطر عاملان آخران يجب أخذهما بعين الاعتبار من أجل تعريف أسلوب الحياة الصحي.

(Frohlich & Potwin ,1999) اقترحا إعادة تأطير أسلوب الحياة داخل أفق كشفي لأسلوب الحياة الجماعي و ذلك لتجنب الآفاق التي تعزو أسلوب الحياة إلى الأفراد و السلوك الشخصي هو المحرك الرئيسي للتغيير ***(Agence de santé publique du Canada,2002)***

4. أسلوب الحياة و الأمراض المزمنة:

على الرغم من الاعتراف بالتفاعل بين العقل و الجسم منذ وقت طويل إلا أن الاعتراف تزايد خلال العقدين الأخيرين بأهمية العوامل النفسية في خبرة الصحة و المرض، وقد كان المحفز لذلك عددا من العوامل ، فبعد التحكم في الأمراض الحادة الناتجة عن العدوى ، ظلت النسبة الباقية من الأمراض بما في ذلك الأمراض المزمنة ثابتة التزايد، و تشمل الأسباب المؤدية للموت في الوقت الحاضر، أمراض القلب و السرطان و السكتة الدماغية التي تتأثر جميعها بعوامل نمط الحياة مثل التغذية و التدخين و ممارسة الرياضة . يًضاف إلى ذلك أن الأمراض المزمنة مثل الربو و السكر، و التهاب المفاصل و التي يكون الشفاء منها أقل تعلقا بعوامل نمط الحياة، أي أن هذا الأخير يلعب دورا جوهريا في المرض، وعلى العكس من ذلك يعتبر أسلوب الحياة عاملا أساسيا في تحسين الصحة، و منع المرض و علاجه .

و يبدو من الصعب تقييم المدى الذي يتضمنه كل نمط من أنماط الحياة من تهديد للصحة، حيث غالبا ما تظهر عناصر أنماط الحياة معا باعتبارها مجموعة متجانسة، و بالتالي فشخص ما يدخن و يشرب يكون هناك احتمال أكبر أن ينخرط في عادات غير جيدة لتناول الطعام، و ممارسة غير ملائمة للرياضة، و على الرغم من ذلك يبدو أن بعض عوامل الخطر تتضمن إمكانية أكبر لإتلاف الصحة من غيرها، مثال ذلك أنه من الواضح أن الممارسة غير الآمنة للجنس عامل أساسي في الايدز، بالإضافة إلى ذلك يقدر أن ربع الوفيات الناتجة عن السرطان هي مما يمكن تجنبه ببساطة من خلال تعديل عادات التدخين ***(صفوت فرج،2000، ص ص 568-569)***، إذ أن التدخين يعتبر عامل سببي قوي للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، كما أنه يسبب 30% من كل الوفيات في الفئة العمرية بين 35-69 سنة لدى الدول المتطورة. وتبلغ نسبة المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ثلاثة أضعاف مقارنة بغير المدخنين، و باجتماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب كارتفاع الكولسترول يؤدي إلى زيادة مخاطر أمراض الشرايين التاجية، ارتفاع الضغط الشرياني، الاختناق الصدري، انسداد شرايين الدماغ ، تصلب شرايين الساقين، ووبالتالي فإن التعديل من عادات التدخين أو التخلي عنه نهائيا يثبط و يقي من الإصابة بأمراض شرايين القلب ***(Shabé.S et al ,2001,p 148)*** إضافة إلى أن التدخين يشكل

خطرا محسوسا على المرأة الحامل من خلال زيادة نسبة وفيات الأطفال عند الولادة أو في الرحم، و كذا زيادة نسبة الإصابة بالورم الدموي في غشاء الجنين و الذي يزداد بنسبة 6 أضعاف لدى المرأة الحامل المدخنة، انخفاض وزن الجنين وفق نسبة السجائر المستهلكة، وازدياد احتمالات إسقاط الجنين...***(زيدات كرم،2001، ص 71).***

بالنسبة لعامل **التغذية** فقد أثبتت الأبحاث والدراسات العلمية أهمية التغذية والاحتياجات الغذائية الصحية اللازمة للنمو و مساعدة الأنسجة على القيام بوظيفتها على أكمل وجه وللوقاية من المرض و المحافظة على الصحة، فالغذاء إما أن يكون سببا لحياة الإنسان أو هلاكه، فإتباع نظام غذائي غير متوازن و مفرط يسبب العديد من الأمراض للإنسان و بالتالي يؤثر على جودة حياته، و من هذه الأمراض السرطانات، أمراض القلب، أمراض السكر، الجلطات، كما أن السمنة تعد إحدى المشاكل المتعلقة بإتباع نظام غذائي خاطئ، و التي تؤدي بدورها إلى الإصابة بمشاكل أخرى أكثر تعقيدا***(فطامي نايفة و آخرون،1997، ص71).***

و يمكن أن يكون للإفراط في **استهلاك الكحول** أثار صحية سلبية، فأثناء عمليات التمثيل الغذائي للكحول في الكبد تنتج مادة (الأسيتالدهايد) السامة وتتضاعف كميات كبيرة من الشوارد الحرة، التي هي عبارة عن ذرات من الأكسجين أو المجموعات الكيمائية المتأنية و النشطة، فتهاجم نواة الخلية و تدمرها فيحدث الالتهاب الكبدي، هذا الأخير الذي تلعب البكتيريا الموجودة في الأمعاء دورا رئيسيا في حدوثه، من خلال تكوينها لسموم داخلية، تسمى *(Endotoxins)* لينقلها الدم إلى الكبد، فتحفر الخلايا المناعية الموجودة بين خلايا الكبد و المسماة بخلايا كوبرفزعلى إفراز السيتوكانيز*(Cytokines)* لتنظيم عملية الالتهاب، و تشير الأبحاث الحديثة إلى أن هذه المواد المناعية، أحد أسباب تلف خلايا الكبد من خلال تنشيطها للخلايا النجمية *(Stallate cells)*، فتفقد ما بها من فيتامين (A)، وتكون أنسجة متلفة، فتضيف الأوعية الدموية التي تغذي خلايا الكبد ***(عبد الهادي مصباح، 2004،ص 115)***، و بزيادة كثافته في أنسجة المخ تتأثر حركة القلب و التنفس من خلال تاثير الكحول في النخاع و العصب الحائر***(عبد المنعم الحنفي، 1999، ص 473)***، كما يؤدي إلى ذهان كورساكوف الذي اكتشف من طرف الطبيب الروسي (سيرجي كورساكوف

(S.Korsakoff، ويفسر هذا النوع من الذهان على أنه التهاب في الأعصاب الطرفية والأعراض الخاصة لهذا النوع هي : فقدان الاتجاهات المكانية و الزمانية ، اضطراب في الذاكرة، و عدم القدرة على تمييز الأحداث القريبة المباشرة ***(غلوم عبد الله صالح،1994، ص 137)***

وأولئك الذين يعيشون حياة رتيبة فإن ذالك يؤدي إلى اضطرابات صحية حيث يشير (كويل، هيمرت، كوكان سنة 1986) أن **نقص الممارسة الرياضية** يؤدي إلى انخفاض حجم الدم، الذي له تأثيرات قلبية كانخفاض معدل النبض أو زيادة حجم الضربة ***(مجموعة من الباحثين، 1997، ص47)*** و يؤثر على العظام من خلال إعادة امتصاص الكالسيوم ،فتضعف العظام، و تؤدي إلى آلام أسفل الظهر بسبب ضعف مرونة عضلات الظهر و العضلات المئبضية، و هذه الآلام تسمى بمرض نقص الحركة *(Hypodemetic disease)*، كما أن الإفراط فيها يؤثر على الصحة ، حيث قام (باقتيرغر و آخرون سنة 1975) بإجراء دراسة على 6.351 فردا تراوحت أعمارهم (35-74 سنة) لمعرفة شدة الجهد المبذول أثناء العمل على القلب، و تابعهم حتى سن 75 أو لحين الوفاة أيهما يحدث أولا، و صنفهم حسب وظائفهم و شدة العمل المبذول إلى : وظائف عالية –متوسطة – منخفضة الشدة، و أظهرت النتائج أن معدل الوفيات بمرض القلب لدى العمال ذوي الأعمال عالية الشدة 26.9 بين كل 10.000 عامل سنويا، و المتوسطة 46.3 و المنخفضة 44.0 ***(مجموعة من الباحثين 1997، ص 235)***.

و تمثل الحوادث بما في ذلك حوادث المرور، و الحوادث داخل البيت أو العمل أحد الأسباب الرئيسية لاحتمالات الموت بين الأطفال و المراهقين و الشباب على وجه الخصوص، و مع ذلك فهنالك القليل حتى الآن من البحوث التي كرست لفهم هذه المخاطر والإقلال منها، و الإهتملم بالسلوك الآمن للأطفال يًحتمل أن يصبح مجالا خصبا في علم النفس الصحي في المستقبل .

و الأسلوب الأفضل في كل حالة من الحالات التي سبق ذكرها للتعامل مع المشكلة هو إيقاف السلوك أو تعديله بدلا من علاج الأمراض العضوية أو الإصابات، و بالتالي لا تحدث هذه الأمراض أو الإصابات ***(صفوت فرج، 2000، ص 570)***.

5. إستراتيجية تغيير أسلوب الحياة:

ترتبط إستراتيجية تغيير أسلوب الحياة في التخفيف من الضغوط النفسية و التحكم فيها بأسلوب تحقيق الاختيارات المتاحة حيث يكون الفرد قد اكتسب قوالب و مقاييس سلوكية و تعلم أساليب حياتية و استقرت لديه نسبيا خصائص نفسية و يكون قد حقق مكانة اجتماعية ارتبطت بطبقة و دخل و مهنة معينة تكون هي محددات اختياراته.

و تتحقق إستراتيجية تغيير أسلوب الحياة بالتدريب على المبادئ التالية:

المبدأ الأول: تخطيط الهدف "*Goal planing*" .

ويكون تخطيط الهدف بوضع أهداف جديدة تأتي باستجابات جديدة و بتكرارها تتكون عادات جديدة لدى الفرد و تخرجه من أساليبه الحياتية التي وقف عندها و تمركز حولها. ويدخل تخطيط الهدف في إطار هندسة البيئة المحيطة و ترتيبها و من ضمن إعادة تربية الفرد، و بصورة أكثر إجرائية فإن تخطيط الهدف يعتمد على الآليات و الفنيات التطبيقية الآتية:

- **الاعتقاد في أهمية الهدف :** "*The importance of goal*"

أثبتت بعض الدراسات أن الأفراد ذوي الأهداف الواضحة و الذين يزيد وعيهم بها كانت قدرتهم مرتفعة في التغلب على الحرمان و التعذيب الذي تعرضوا له في السجون، وأن الأفراد الذين أحيلوا على المعاش و يفتقدون أهدافا ما كانوا أكثر ميلا للإصابة بالاكتئاب والقلق .

و تمدنا الأبحاث العلمية بنتائج تجارب قد أثبتت أن الأهداف قد تطيل العمر، ففي تجربة أجريت على عينة عشوائية من المتقاعدين في دار المسنين و المعاقين تم إعطائهم مجموعة من المزارع لامتلاكها و العمل فيها أكدت النتائج أنهم عاشوا مدة أطول من قرنائهم الذين لم يعطوا شيئا و ليس لهم هدف في الحياة .

إن تخطيط الهدف هو تحديد ما نريد أن نفعله و أولوياته و بعد ذلك الشروع في عمله وتحقيقه، و سوف يصبح الهدف ملموسا عندما نلتزم بتحقيقه، و هنا يجب أن نتوقع الصعاب و العوائق فهناك من الأسباب ما يجعل الناس ينصرفون عن تحديد أهدافهم لأنهم لا يدركون

مدى أهميتها و أنهم لا يعرفون كيف يحددونها و يعتبر الخوف من الفشل و توقعه من أهم هذه العوائق.

و يمنحنا تحديد الأهداف إدراك مرتفع لما يوجد لدينا من إمكانية التحكم الذاتي و يزيد تقديرنا للذات، فالقدرة على توقع احتياجات المستقبل يجعلنا اقل عرضة للضغط النفسي وهذا المبدأ يرتكز أساسا على:

1. اختيار الهدف: على أن يرتبط باحتياجات الفرد الحقيقية و يسهم في حل المشكلات التي يعانيها متفقا مع ما يملكه من قدرات بشرية و مادية.

2. اشتقاق أهداف موضوعية من هذا الهدف: أي برمجة الأهداف الكبيرة في أهداف محددة الأجل و العائد و شعور الفرد بنتائج عائدها يثيبه و يثبت سلوكه .

3. اختيار أنشطة لانجاز هذه الأهداف : و هي ترتبط بسلوكيات و آداءات واقعية نوعية تظهر لدى الفرد و تكون متصلة بالتحقق الوجودي للهدف ***.(هارون توفيق الرشيدي، 1999، ص ص 104-106)***

4. إدارة الوقت: و تظهر أهمية إدارة الوقت بعد أن يتم تحديد الأنشطة و السلوكيات المحققة للأهداف، و قد يًفهم أن إدارة الوقت هي من أجل المستقبل فقط، و إنما تعني إدارة الوقت أن تنظمه بطريقة أكثر فاعلية ، و يتضمن هذا المفهوم إلى جانب المستقبل الحاضر والماضي، فمن المفيد بشأن قضية إدارة الوقت استقطاع وقت من نظام العمل اليومي يرجع فيه الفرد إلى الوراء في الزمن الماضي أو الحاضر من أجل خلق فاعلية في الأداء و قدرة إنتاجية .

المبدأ الثاني: الحزم و اتخاذ القرار و حل المشكلات *« Making decisions and problem solwing »*

1. اتخاذ القرار و حل المشكلات :

المشكلة هي موقف صعب يواجه الإنسان و تتطلب إجراءات للتغلب عليها، و قد تصعب هذه الإجراءات على بعض الأفراد مما يتطلب تدريبهم عليها، و يمر حل المشكلة عبر :

- صياغة المشكلة بدقة.
- لتفكير بسرعة في كل الاختيارات الممكنة و التي يمكن أن تقدم حلا للمشكلة.
- تدوين كل هذه الاختيارات في قائمة تتضمن الاختيارات الواقعية و الغير واقعية.
- التطرق إلى جميع الاختيارات بحرص و تقدير ما يترتب عليها من نتائج حسب الاختيارات غير الواقعية.
- انتقاء الاختيارات الباقية و اتخاذ قررا بشأنها، أي الاختيارات الأكثرملاءمة وقدرة على حل المشكلة .
- يمكن استخدام طريقة اتخاذ القرار في حالة ما إذا كانت هناك اختيارات متنافسة

3.التدريب على السلوك التوكيدي : *"Being more assertive"*

يشتمل هذا السلوك على الوقوف من أجل الحقوق الشخصية و التعبير عن الأفكار والمشاعر و المعتقدات بصورة مباشرة، أمينة و تلقائية و احترام شعور الآخرين ***(هارون توفيق الؤشيدي، 1999،ص ص 114-115).***

المبدأ الثالث: تحقيق أسلوب حياة أكثر صحة *"A healther life style"*

إن الأهمية القصوى التي يحققها السلوك الصحي في الحفاظ على صحة جيدة توضحها الدراسة الكلاسيكية التي أجراها كل من بيلوك و بريسلو*(Belloc& Breslow, 1972)* على سكان مقاطعة ألاميدا (Alameda) في كاليفورنيا، إذ بدأ هذان الباحثان بتحديد 7 أنماط من السلوكيات الصحية المهمةن و هي:

- النوم لمدة 7-8 ساعات في الليلة.
- عدم التدخين.
- تناول الإفطار في كل يوم.
- عدم تناول الكحول .
- ممارسة الرياضة بشكل منتظم.
- تجنب الأكل بين الوجبات.
- تجنب حدوث زيادة في الوزن تزيد عن 10% عن الحد المطلوب.

ثم قاما بتوجيه الأسئلة المتعلقة بالمواضيع المذكورة إلى كل فرد من سكان المنطقة البالغ عددهم حوالي (7000)، لمعرفة أي من السلوكات المذكورة يمارسون، كما سألا المواطنين عن عدد الأمراض التي سبق أن تعرضوا إليها، و الأمراض التي أصيبوا بها و مستوى الطاقة التي يشعرون بأنهم يتمتعون بها، و مدى تعرضهم لعوامل معيقة لهم، (مثل: عدد الأيام التي عجزوا فيها عن الذهاب إلى العمل بسبب المرض)، خلال الفترة الماضية الواقعة مابين (6-12 شهرا)، و قد وجد الباحثان ان عدد الأمراض كان ينخفض كلما زادت ممارسة الفرد للعادات الصحية الجيدة، و أن ممارسة العادات الصحية الجيدة ارتبطت بزيادة التمتع بالنشاط و الطاقة وقلة التعرض للعوامل المعوقة للأداء الفعال.

كما كشفت عمليات المتابعة التي أجريت لهؤلاء الأشخاص بعد تسع سنوات و نصف، بأن معدلات الوفاة بين الرجال و النساء التي تبين من الدراسة أنهم يحرصون على اتباع العادات الصحية السبع التي تناولها البحث كانت منخفضة بشكل كبير جدا، و بالتحديد فإن نسبة الوفيات بين الرجال الذين تبين أنهم يراعون هذه الممارسات، مقارنة بالرجال الذين تراوحت ممارستهم لهذه العادات ما بين صفر إلى ثلاثة فقط، بلغت (28%) كما تبين أن نسبة الوفيات بين النساء اللواتي حرصن على اتباع العادات الصحية السبع كانت (43%) فقط، مقارنة بالنساء اللاتي تراوحت ممارستهن للعادات المذكورة مابين صفر إلى ثلاثة ***(شيلي تايلور، 2008، ص ص 124-125).***

المبدأ الرابع : الهندسة الاجتماعية *"Social engineering"*

تعد الهندسة الاجتماعية الخطوة الأولى في تسلسل الأحداث المؤدية إلى الأمراض المرتبطة بالضغط، و نعرف انه لا يجب أن نحاول حذف الضواغط من حياتنا، ولكن إذا استطعنا فقط أن نحَد من الضواغط غير المهمة فيمكننا التقليل من خبرتنا بالضغط بصورة فعالة، فمًعظم الضواغط يصعب تجنبها، و لكن نفترض أنه ليس بوسعنا سوى القليل الذي يمكننا أن نفعله لتغيير ظروفنا .

و تعتمد الهندسة الاجتماعية على معرفة الضواغط المتوقعة فتكون هذه الطريقة فعالة فقط عندما نعرف مقدما أن الضواغط في طريقها إلينا و لن تساعدنا هذه الطريقة بعد حدوث

الضواغط بل يجب استخدامها قبل حدوث الضغط ***(هارون توفيق الرشيدي،1999، ص130)***.

المبدأ الخامس: التحكم في النمط (أ) من السلوك.

إن مفهوم نمط سلوكي (أ) كان موضع دراسة و مناقشة خلال العقود الأربعة الماضية نظرا لارتباطه الجوهري بمرض الشريان التاجي، و نظرا للآمال التي يحملها في الوقاية من هذا المرض المزمن و الفتاك الذي عجز الأطباء عن علاجه، و تجدر الإشارة إلى أنه تم الكشف عن سلوك نمط (أ) لأول مرة في الخمسينات من القرن الماضي و تم فحصه أمبريقيا أو تجريبيا في السبعينات من القرن الماضي، حيث وصفه كل من فريدمان و **روزنمان *(Friedman & Rosenman ,1974*** على أنه عبارة عن: " مركب معقد من الفعل و الانفعال Action-emotioncomplex الذي يمكن ملاحظته بكل سهولة عند أي شخص لديه حاجة كبيرة للإنجاز و يخوض صراعا دائما بهدف الإنجاز أكثر فأكثر في الحياة، و ذلك في أقصر وقت ممكن ***(عثمان يخلف، 2001، ص 73)***.

و يفترض فريدمان و فروكمان أنه بالنسبة للتحكم في هذا النمط السلوكي أن الهدف ليس هو التخلص منه و لكن المسألة هي تعليم كيف نتحكم فيه، و قدما عددا من الاقتراحات يوضحان فيها أنها مفيدة للتحكم فيه و تعتمد على أن يدرب الفرد نفسه بأن يسلك طريقا عكس هذا النمط كأن يحاول أن يمنع نفسه من أن يكون بؤرة الاهتمام بالتكلم المستمر، و أن يتدرب على أن يسمع الآخرين، و كذا التحكم في الهواجس المتسلطة على حياته، و التحكم في إدارة الوقت و توجيهه، كأن يجعل نفسه أكثر وعيا بهذه الهواجس و الأفكار إضافة إلى الاسترخاء، و ملء الفراغ و أن يستقطع الفرد من وقته القليل لكي يُقَيم سبب السرعة المرضي لديه ، و سبب العدائية زد على ذلك أن لا يحاول أن يختزن مشاعره و يحاول دائما أن ينفس عن هذه المشاعر....

المبدأ السادس: تنمية شبكة المساندة الاجتماعية *« Increase your social suppor network »*

فهناك أدلة على أن التدعيم الاجتماعي في العمل أو المنزل أو الصداقات...الخ ممكن أن يزودنا بعازل فعال و مخفف للصدمات ضد آثار الضغوط النفسية، فقد أوضحت بعض

الدراسات أن الإصابة بأمراض القلب لدى الشعب الياباني أقل عنها في الولايات المتحدة الأمريكية و يرجع ذلك إلى ملامح معينة لأسلوب حياة اليابانيين مثل المشاركة في اتخاذ القرار و الانتماء للجماعة و الهوية المشتركة و استثارة الجماعة ***(هارون توفيق الرشيدي، 1999، ص ص 133-134).***

و في هذا السياق يشير برهام *(Breham)* إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته و زيادة الإحساس بفاعليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية و العقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الإجتماغية المحيطة به، و لا شك أن هذه المساندة تؤدي دورا وقائيا. في حين أشار بعض الباحثين *(Sarson et al,1983)* إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية و العقلية، كما تسهم في التوافق الإيجابي و النمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثرا في تلقيه أي ضغوط و أزمات و ليس هذا فحسب بل يمكن للمساندة الاجتماعية أن تؤدي دورا تأهيليا في المحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقاته بالآخرين، و استمرار اعتقاده في كفاية و كفاءة و قوة المساندة. ***(الجوهرة عبد الله الذواد ، 2002، ص 41)***

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه نستشف مايلي:

- ❖ مفهوم أسلوب الحياة يشير إلى تبني الأفراد لمجموعة من الأساليب السلوكية الإيجابية أو السلبية و التي تعكس فعلا القيم و المبادئ التي يؤمن بها الإنسان.
- ❖ إن العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و كذا الثقافية لها انعكاس مباشر على أسلوب الحياة.
- ❖ أسلوب الحياة يمكن أن يتغير بصورة معتبرة وفق الجنس، مرحلة الحياة، الثقافة، المصادر.
- ❖ أسلوب الحياة الصحي يجمع عدد كبير من السلوكيات مثل التكيف الفعال مع مراحل الحياة، الاكتساب المتواصل، معايير الأمن و الوقاية، و التفاعل الاجتماعي المتبادل، تربية الأطفال، التوازن بين العمل و العائلة، أيضا التغذية الجيدة، النشاط الرياضي، عدم استهلاك التبغ و الكحول.
- ❖ هناك علاقة قوية بين المرض المزمن و أسلوب الحياة و سلوكات المريض المتعلقة بالصحة و المرض، فكثيرا ما يكون أسلوب الحياة الذي يتبعه الإنسان هو المسؤول عن حالة الانضغاط و مواقف الشدة و المشاكل التي يواجهها الفرد، و الأسلوب الأفضل في هذه الحالة للتعامل مع المشكلة هو إيقاف السلوك أو تعديله بدلا من علاج الأمراض العضوية أو الإصابات، و بالتالي لا تحدث هذه الأمراض أو الإصابات و بهذا يكون تغيير أسلوب الحياة إستراتيجية و نموذجا فعالا في تخفيف حالة الانضغاط التي يًعانيها الفرد .

الفصل الرابع: قصور الشريان التاجي

1. **تشريح القلب.**

2. **جهاز الدورة الدموية .**

3. **تعريف مرض قصور الشريان التاجي.**

4. **أعراض مرض قصور الشريان التاجي.**

5. **أسباب مرض قصور الشريان التاجي.**

6. **سيكولوجية المصاب بمرض قصور الشريان التاجي**

7. **الفحوصات اللازمة لتشخيص مرض قصور الشريان التاجي .**

8. **علاج مرض قصور الشريان التاجي.**

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يًعتبر مرض قصور الشريان التاجي من الأمراض المزمنة التي استفحلت خلال سنوات عديدة، و قد يؤدي في النهاية إلى الإصابة بالذبحة الصدرية و النوبات القلبية و الموت المفاجئ الذي يكون غالبا من دون إنذار مسبق، إلا أن هذا ليس هو القاعدة، فمرض القلب الإكليلي (التاجي) أصبح أكثر شيوعا خلال الخمسين سنة الماضية، و هو أكثر ارتباطا بأسلوب الحياة إذ أن نوعية الغذاء و التدخين و قلة التمارين الرياضية و الحرمان الاجتماعي تبدوا كلها على الأرجح عوامل ضالعة بذلك.

و على هذا الأساس حاولنا في هذا الفصل أن نبين ماهية هذا المرض، و أهم الأعراض المؤدية لمرض قصور الشريان التاجي، الأسباب، و كذا سيكولوجية المصاب بقصور الشريان التاجي، ثم العلاج مركزين خصوصا على العلاج النفسي.

1. تشريح القلب:

إن قبضتنا هي تقريبا بحجم قلبنا الذي يزن عند البالغ نحو 250غ أي حوالي خمس وزن الدماغ، و سدس وزن الكبد على وجه العموم، فهو عبارة عن عضو صغير نسبيا، يشكل محركا مدهشا لا يتعب إذ أنه يعمل بدون انقطاع خلال حياة الكائن الحي، إذ عليه يتوقف تركيبنا الجسدي و هو يضخ خلال مجرى حياة تصل مدتها إلى 70 سنة (20000 طن من الدم).

القلب بيضوي الشكل تقريبا ، يتجه رأسه في الأسفل نحو الشمال، وهو يقع في التجويف الصدري بين الرئتين، تحميه طبقة هي الشغاف ، و نجد بين القلب و الشغاف تجويفا دقيقا مملوءا سائلا هو التجويف الشغافي *"Cavite pericardique"* ، ثم إن هناك جزءا كبيرا من حجم القلب يتألف من نسيج عضلي ذي طبيعة خاصة هو نسيج القلب العضلي "Myocarde" ، و يقسم القلب في داخله إلى أربعة تجاويف:

اثنان علويان يدعيان الأذينان «*Oreillettes*»:

و هما يتصلان بالأوردة التي تحمل الدم مباشرة إلى القلب.

اثنان سفليان هما البطينان *"Ventricules"*:

اللذان يتصلان بالشريانين الكبيرين و اللذين يوزع من خلالهما الدم الوارد من القلب، ثم إن الأذين الأيمن و البطين الأيمن مفصولان عن الأذين الأيسر و البطين الأيسر بواسطة الحجاب البطيني الداخلي *"Cloison inter ventriculaire"* ، و هناك تلافيف بين كل أذين و بطين من كل قسم من القلب، وظيفتها السماح بمرور الدم في اتجاه واحد فقط من الأذين إلى البطين ندعوها المصاريع *"Valvules"* ، و أن ثمة تلا فيف من هذه الطبيعة أيضا بين البطينين و الأذينين تسمحان بمرور الدم من البطين إلى الشريان و لكن ليس العكس، ثم إن الضرب الذي نلاحظه بواسطة جهاز يسجل الضربات الداخلية للقلب، بأن نضع يدنا على الصدر إنما هو ناتج عن الانغلاق الإيقاعي لهذه المصاريع و خاصة التجويف السيني*Valvule sigmoïde mitrale* الذي ينظم حركة مرور الدم من البطين الأيسر إلى الشريان الأبهر.***(نقولا ناهض و آخرون،2002،ص ص 2546-2547).***

2. جهاز الدورة الدموية:

يدخل الدم المنزوع الأوكسجين الوارد من أعضاء و أنسجة الجسم المختلفة إلى الجانب الأيمن للقلب و يًضخ نحو الرئتين، حيث يتشعب ثانية بالأوكسجين، ثم يعود ثانية إلى الجانب الأيسر للقلب حيث يضخ إلى كافة أقسام الجسم.

تترك الشرايين التاجية الأبهر" *Oarta* " و هو الوعاء الدموي الرئيسي الذي يخرج من القلب، حال خروجه من حجرة الضخ، البطين الأيسر، و بذلك تكون هي الشرايين الأولى التي تستلم دما غنيا بالأكسجين، و الشريانان الإكليليان أو التاجيان الأيمن و الأيسر صغيران نسبيا، إذ يبلغ قطر كل منهما 3-4 مليمترات.

يسير هذان الشريانان على سطح القلب، و يلتقيان في الخلف مشكلين دائرة تقريبا، وعندما شاهد القدماء لأول مرة هذا النموذج من الأوعية الدموية شبهوه بالإكليل أو التاج " *Crown*" و أطلقوا على هذه الشرايين الإسم اللاتيني الذي نتناوله اليوم، أي الشرايين الإكليلية (التاجية)، و بسبب الأهمية الكبرى لهذين الشريانين دأب الأطباء على معرفة كل تشعبانهما و معرفة التغيرات التي قد تنشأ فيهما من شخص لآخر.

هناك فرعان رئيسيان للشريان التاجي الأيسر هما النازل الأمامي و المنعطف، الذي له بدوره تفرعات أخرى، و يغذي الشريان التاجي الأيسر معظم البطين الأيسر، و هو الأكثر عضلا بين البطينين، حيث يضخ الدم إلى كامل الجسم.

أما الشريان التاجي الأيمن فهو أصغر عادة و يغذي الجانب السفلي للقلب و البطين الأيمن ، أي الحجرة التي تضخ الدم إلى الرئتين .

تشبه الشرايين التاجية في بنيتها جميع الشرايين الأخرى، إلى أنها تختلف عنها بحالة واحدة، و هي أن الدم ينساب فيها إلى عضلة القلب فقط بين الضربات " *Beats*"، عندما تكون العضلة مسترخية، و لكن عندما تنقبض العضلة يصبح الضغط كبيرا جدا بحيث لا يسمح لأي دم بالمرور خلال عضلة القلب نفسها، وهذا يعني أن القلب يتطلب شبكة فعالة جدا من الأوعية الدموية الدقيقة داخل عضلة القلب تسمح بالدم للوصول إلى المكان الذي يحتاج إليه ***(محمد حسان ملص ،2002، ص ص 16-18).***

3. تعريف مرض قصور الشريان التاجي:

يحدث مرض قصور الشريان التاجي عندما يتضيق واحد أو أكثر من هذه الشرايين التاجية نتيجة ترسب الدهون و الألياف على جدار الشريان، و هذا ما يؤدي إلى نقص كمية الدم و الأكسجين الواردة إلى عضلة القلب، و خاصة أثناء الجهد حيث تحتاج عضلة القلب إلى مزيد من الأكسجين ***(Yves Marin Planches Illustrées,2001, p 486)***

وحين لا يستطيع الشريان التاجي تأمين كمية كافية من الدم للعضلة القلبية يشكوا القلب من نقص الأكسجين، و هذا ما يتظاهر بالألم الصدري، و يطلق على هذا الألم إسم الذبحة الصدرية" *Angine poctoris*" ، و يحدث هذا الألم عادة عند القيام بالجهد، و يزول لدى التوقف عن ذلك الجهد.

أما إذا انسد الشريان التاجي نتيجة تمزق اللويحة التي ضيقت الشريان و ترسبت خثره في مكان التمزق، فيطلق على هذه الحالة اسم جلطة القلب أو احتشاء العضلة القلبية *"Infraction "*.

في المرحلة الأولى للمرض أي الذبحة الصدرية نميز شكلين:

3-1 الذبحة الصدرية المستقرة:

تحدث الذبحة الصدرية الاعتيادية أو المستقرة في أحوال معينة مثلا: بعد القيام بمجهود بدني أو التعرض لضغوط نفسية أو الحر أو البرد و تختفي عند الراحة، و تزيد حدة الألم تدريجيا.

3-2 الذبحة الصدرية غير المستقرة:

تحدث أحيانا دون التعرض للأسباب سالفة الذكر، أو تستمر على الرغم من الراحة، أو أنها تبدأ فجأة بألم حاد و شديد جدا، أو تكون حدة الألم فيها مساوية لذلك في حالة إحتشاء عضلة القلب، على الرغم من أن الفحوصات المخبرية تؤكد عدم وجود الإحتشاء، و تعتبر الذبحة الصدرية غير المستقرة أشد خطورة من الذبحة المستقرة و تنذر باحتمال الإصابة باحتشاء قريب لعضلة القلب.

و بذلك نجد أن الذبحة الصدرية تختلف عن احتشاء أو جلطة القلب، باعتبار أن الذبحة الصدرية هي عبارة عن نقص مؤقت في تروية عضلة القلب، بينما يؤدي الإحتشاء إلى

انسداد دائم و إلى حجب التروية عن قسم من عضلة القلب، و بالتالي إلى موت هذا القسم من العضلة، من هنا كان التغير في مخطط القلب الكهربائي يتخذ شكلا نهائيا في حالة احتشاء القلب مما يوضح أهمية تخطيط القلب الكهربائي لمريض أصيب بعارض قلبي لتحديد نوع الإصابة ***(Jacques Delamare ,1997 pp 140-141).***

5. أعراض مرض قصور الشريان التاجي:

رغم أن معظم المصابين بمرض الشريان التاجي يعانون من نفس المشكلة الأساسية، أي تضيق الشرايين التاجية إلا أنهم لا يظهرون نفس الأعراض فبعضهم يتعرض لذبحة صدرية، و بعضهم الآخر يتعرض لجلطة قلبية، و هناك نسبة أقل منهم تتعرض إلى فشل قلبي من دون أي أعراض إنذار مسبقة، و بالتالي لا يًعلم لحد الآن ما الذي يحدد هذه النتائج.

- العرض الرئيسي لمرض قصور الشريان التاجي هي الآلام المميزة الطابع في الجانب الأيسر من الصدر و خلف عظمة القص (يقع تحت الجلد في مقدمة الصدر)، يكون الألم من النوع الضاغط، و قد يمتد إلى الكتف الأيسر و أسفل الرقبة و الفك الأسفل و إلى اليد اليسرى، و أحيانا قد يمتد إلى الظهر أو أعلى البطن، و هناك صفة شبه دائمة في أغلب الحالات و هي حدوث الألم مع الجهد و زواله بانتهاء الجهد أو الراحة... ***(Mesaad . Krim , 1998 , p 45)***

- أهم الأمراض التي تسبب انسداد شرايين القلب هي أمراض تصلب الشرايين و زيادة الكولسترول و مرض السكري و ارتفاع ضغط الدم. إذ قد يتوقف مرور الدم بصفة تامة في أحد فروع الشرايين التاجية نتيجة التجلط الذي يحدث في الأجزاء الضيقة منه فيتوقف الدم تماما عن تغذية هذا الجزء من العضلة فتموت العضلة (احتشاء العضلة القلبية) حيث تختلف الأعراض مع ما يحدث عند الذبحة الصدرية، إذ أنها تستمر لفترة طويلة و قد تحدث في أوقات الراحة و أحيانا عند النوم مع مصاحبتها بالشعور بالغثيان و عرق غزير أو قد تظهر بشكل عسر الهضم.

- زلة تنفسية : أي اضطراب في نظم التنفس سواء كان متسارعا أو متباطئا .
- خفقان في القلب و أحيانا شعور بعدم انتظام ضرباته .

- و تجدر الإشارة إلى أن هناك فئة صغيرة من المرضى تشكو من ألم الذبحة الصدرية مع أن شرايين قلوبها تأكد بالفحوصات أنها طبيعية تماما، و خالية من أي تصلب فيها، ويعود سبب الألم الصدري عند هؤلاء إلى عدم استطاعة العضلة القلبية الحصول على كمية كافية من الأكسجين بسبب تشنج عابر في الشريان التاجي ***. (Marullo, S et al,1990,pp 109-110)***

4. أسباب مرض قصور الشريان التاجي:

ليس هناك سبب وحيدا لمرض قصور الشريان الإكليلي (التاجي)، فقد دلت الأبحاث الطبية على أن هناك مجموعة كاملة من العوامل يمكن أن تطور على الأرجح هذا المرض وقد أطلق عليها اسم عوامل الخطر و من جملة هذه الأسباب نذكر***(محمد حسان ملص، 2002، ص28)*** .

- **النظام الغذائي و الكولسترول:**

فالعصيدة *" Athermo"* تشكل السبب الأساسي لمرض الشرايين التاجية، حيث تتراكم توضعات الدهن، خصوصا الكولسترول المعروف باللويحات على جدار الشرايين، مما يجعلها أضيق فيقل تدفق الدم فيها، و عندما تنفصل اللويحات تتشكل خثرة *" Thrombosis"* في المنطقة المتضررة تمنع وصول الدم إلى جزء من عضلة القلب، و هو ما يحصل تماما في الجلطة القلبية، هذه العملية و ما قد تسببه من أضرار أخرى مرشحة للحدوث أكثر عند شخص يعاني من مستوى عال من الكولسترول في الدم *.(LDL)* أي *(Low-Density Lipoprotein Cholesterol)*

تعتبر التركيبة الوراثية للشخص مسؤولة جزئيا عن تحديد مستوى الكولسترول لديه، فبعض الأسر تحمل جينات ترفع مستويات أنواع شتى من الدهن في الدم و تسمى هذه الحالة فرط شحوم الدم الأسري *(FH)* أي *(Familial Hyperlipidaemia).*

من ناحية أخرى يلعب النظام الغذائي دورا مهما في تحديد مستويات الكولسترول فتناول الكثير من الدهون –خاصة دهون الحيوانات و مشتقات الألبان- يزيد من مستوى الكولسترول و يعرض الإنسان أكثر لخطر الإصابة بمرض الشريان التاجي***.(محمد حسان ملص،2002، ص 31)***

- **العمر:** و يكون بين 45-65 سنة إذ أن هذا المرض يكون أكثر شيوعا مع تقدم العمر.
- **الجنس:** حيث يمس هذا المرض 80% من الرجال و 20% من النساء و السبب في ذلك هو الهرمونات الأنثوية التي تحمي الشرايين و لذلك تزداد نسبة المرض بعد انقطاع الحيض.
- **ضغط الدم المرتفع:** إذ أن مرض الشريان التاجي يكون أكثر انتشارا من 5-8 مرات لدى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم، إذ فيه تتحمل الشرايين أكثر من طاقتها فتتصلب.
- **مرض السكري:** حيث يصعب على الجسم التخلص من الدهنيات فتترسب في جدار الشرايين.
- **التدخين:** فالمواد الكيميائية الموجودة في دخان السجائر تمتص إلى مجرى الدم عبر الرئتين و تدور في أنحاء الجسم مؤثرة على كل خلية.
- **الكحول**: فالكحول و مشتقاتها تساعد على تصلب الشرايين، و تضيق لمعة الأوعية التاجية، و تقوم الكحول بدور المخرش للأوعية.
- **السمنة المفرطة و قلة الحركة:**
- **نقص إفراز الغدة الدرقية:** خصوصا المستتر، لأنه يساعد على زيادة نسبة الكولسترول في الدم فيترسب في جدار الشرايين و يعمل على ضيقها.
- **وجود مشكلة مرضية بأحد الصمامات:** مثل تضيق الصمام الأورطي.

إن هذه العوامل مرتبطة فيما بينها و يتضاعف نسبة حدوث المرض كلما وًجد أكثر من عامل خطورة في آن واحد، فمثلا عدد المصابين بالسكري و ضغط الدم معا يشكلان ما يقرب 70% و بالتالي يلزم العناية بعلاج هذه الأمراض للتخفيف من أزمة القلب. ***(Mesaad Krim , 1998 , p 46)***

6. سيكولوجية المصاب بمرض قصور الشريان التاجي:

من العوامل المختلفة التي تلعب دورا مهما في نشأة تصلب الشرايين مع قصور الشرايين التاجية في القلب: السمنة، السجائر، زيادة السكر و ارتفاع الدهنيات في الدم، وعدم الحركة ...، و كلها لها علاقة واضحة بالهيكل الاجتماعي و أسلوب الحياة الغربي، وأنماط مميزة في الشخصية و التعرض لمواقف خاصة، و تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورها من خلال:

6-1 تكوين الشخصية:

هؤلاء الذين يعملون بكل جدية ساعات طويلة دون كلل أو تعب و يتقبلون التحديات المختلفة، و نستطيع نعتهم بمدمني العمل، و يتميز هؤلاء الأفراد بالرغبة في السيطرة خاصة على الزوجة و الأطفال و الكفاح المستمر للصعود في الدرج الاجتماعي، مع عدم القدرة على الاسترخاء، و محاولة إثبات فحولتهم و نشاطهم الجنسي، و الحق أن هؤلاء في حاجة ملحة للحب و الحنان، و من خلال فقدهم لذلك يًعوضونه بالبحث عن القوة و التفوق.

6-2 الصراعات عبر الإنسانية:

و تكون النواة هنا الإحباط في الوصول إلى السيطرة في العمل أو الأسرة، أو الفشل في الرقي و التفوق الاجتماعي، أو تدهور في الوظيفة، أو عدم خضوع الزوجة و الأطفال، أو متاعب مادية مستمرة، وظهور كل هذه الصراعات على الرغم من العمل الجاد المستمر المنهك، مما يًؤدي إلى القابلية للإصابة بقصور الشريان التاجي.

6-3 السلوك التفاعلي للصراعات:

يميل هؤلاء الأفراد إلى قمع الشحنات الانفعالية بعكس طفولتهم التي كانت مملوءة بالاندفاع و الحركة و الغضب و التعبير اللفظي و الحركي عن الانفعالات المختلفة، و عندما تتجمع هذه العوامل الثلاث من تكوين الشخصية والصراعات الإنسانية و السلوك المحيط، يًصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب ***(أحمد عكاشة، 2001، ص ص 647-648).***

و تتفاوت الاستجابات النفسية للمرضى تفاوتا واضحا، إذ تتراوح بين التجاهل التام للمرض، و بين الرعب و الفزع منه، خاصة و أن أمراض القلب هي من الأمراض الخطيرة

التي تتطلب الحد من نشاط المريض الجسماني و العقلي، و أن يتبع أسلوب حياة رتيبة، ويكون مجبرا في الاعتماد على غيره، لهذا يستجيب البعض من المرض استجابات متباينة أو متناقضة، إما بالتجاهل و مواصلة النشاط العادي، و إما بقلق حاد و الهواجس و الهلع ،حيث اتضح أن شخصية المصاب أهم بكثير من المرض نفسه، من حيث مواجهته لمرضه، و الأعراض النفسية التي تبدو عليه .

و تشير الدراسات المتعلقة بأمراض القلب و علاقتها بالجوانب النفسية لدى المرضى بأن أغلبية الأعراض التي يُعانون منها في منطقة القلب لا يتوفر دليل لديهم بوجود مرض قلبي عضوي، فعصاب القلق له علاقة وثيقة بالتغيرات الفسيولوجية خاصة في جهاز القلب.

و هنا يذهب كوفيل و زملاؤه إلى القول بان مصطلح (عصاب القلب) يًستخدم ليدل على مجموعة من الأعراض التي تختص بالقلب و يكون أساسها نفسي، و الأعراض هي: الخفقان ، قصر التنفس، التشنج.

و نظرا لأن هذه الأعراض تحدث أيضا في أمراض القلب العضوية فلا بد من إجراء فحص طبي دقيق قبل أن يًشخص المرض باعتباره اضطرابا سيكوسوماتيا، و تؤكد (فلاندوز) أن ما يميز الناس المصابين بأمراض القلب هو أنهم ينهمكون في العمل، ويستمتعون به و يحنقون للتقدير القليل أو الشكر، و هم دائما ضحايا الظروف النفسية المسؤولة عن طموحهم الظاهر.

و عادة ما ينظر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون المهتمون بمعالجة مرض القلب باعتبارهم فئة متجانسة على الرغم من أن مرض الذبحة الصدرية أميل لأن يكونوا أكبر عمرا من غيرهم من المصابين بأمراض القلب الأخرى، و لديهم خصائص نفسية مختلفة عن مرض جلطة القلب، وتتولى في الوقت الحاضر الدراسات الطبية و الجهود الإكلينيكية في سبيل تحديد ماهية هذه الفروق، حتى بدأ حاليا مرضى الذبحة الصدرية يحصلون على المزيد من الإهتمام باعتبارهم فئة منفصلة .

هذا و يقدم الفحص الإكلينيكي أو التقييم النفسي لمرض الذبحة الصدرية ثلاثة اتجاهات رئيسية لفهم الحالة المرضية، و هي:

- ❖ رسم خريطة للعوامل النفسية و الظروف الاجتماعية المرتبطة بمرض الذبحة الصدرية .
- ❖ تقيم المدى الذي يصل إليه الألم، و العجز الذي يذكر في الحالات الحادة للمرض .
- ❖ تحديد دقيق للعوامل النفسية و الاجتماعية المثيرة للذبحة الصدرية .

و تحدد العوامل الأساسية التي ترتبط بمرض الذبحة الصدرية كالآتي :

أولا : العصابية .

ثانيا: الغضب.

ثالثا : العدائية .

و هذه العوامل ذات صلة بتوهم المرض، و القلق، و ترتبط أيضا بالصحة العامة، و الشكوى من الألم، و قد اتضحت هذه العلاقة من خلال إمكانية مشاهدة وجود مرض القلب عند تصوير الشرايين، حيث كان تشخيص الذبحة الصدرية يعتمد كليا على تقارير المريض للأعراض، و حديثا أوضحت تقارير تصوير القلب أن المستوى المرتفع من العصابية يرتبط عكسيا بمرض القلب، و لكن ترتبط ارتباطا وثيقا بالتقارير الذاتية حول الذبحة الصدرية، وبالتالي يتضح أن العصابية ترتبط بالسلوك المرضي، و قد تبين أن العصابية ترتبط بقوة بالذبحة الصدرية أكثر من ارتباطها بالأنواع الأخرى من مرض القلب، فأصحاب المستويات المرتفعة من العصابية الذين يشكون من الذبحة الصدرية أكثر ميلا لأن يشخصوا على أنهم يعانون من الذبحة الصدرية مقارنة بغير المرتفعين في العصابية، و بالرغم من وجود فروق في حدوث جلطة في القلب يظهرها رسم الشرايين، و في ضوء هذه النتائج يوصي الباحثون في هذا المجال باستخدام المقاييس النفسية لاكتشاف المستويات العليا من العصابية كجزء من التدبر الشامل لهؤلاء المرضى .

و تجدر الإشارة إلى أن الأبحاث التي تدرس خصائص شخصية المريض بانسداد الشريان التاجي ليست بالأمر الجديد ، فقد سبق و أن أشار دنبار *(Dunbar , 1959)* بأن سمات الشخصية تعمل بوصفها عوامل مهيئة للانسداد التاجي و الذبحة الصدرية، فأما مرضى الذبحة الصدرية فيتميزون بأنهم يًشبهون مرضى انسداد الشريان التاجي، فيما عدا

أنهم يختلفون عنهم من حيث التركيز أو التأكيد، ذلك أنهم يًشبهون مرضى انسداد التاجي في أنهم يًظهرون الدافع الشديد إلى العمل، و لكن سجلات عملهم تكون أقل ثباتا بدرجة طفيفة، كما أنهم يميلون إلى اختيار الأعمال التي لا يكون لهم فيها من الرؤساء غير أنفسهم ويًحققون الامتياز و التفوق من غير أن يضطروا إلى تحمل الشيء الكثير من المسؤولية الإدارية، و أنماط السلوك السائدة لدى الفريقين هي السعي القهري من جهة، و التحمس في الوصول إلى القمة من خلال العمل الشاق و ضبط النفس، أما بالنسبة لمرضى الشريان التاجي ، فقد تبين أن أكثر جهدهم و سعيهم يكون في المهن التي يستطيع المرء فيها أن يعمل على ترفيه نفسه و الصعود في مراتبها، و أما بالنسبة لمرضى الذبحة، فقد كان سعيهم واجتهادهم في المهن التي لا تقوم على التنافس حيث يستطيع المرء أن يكون رئيسا لنفسه، وفي كلا من النمطين من أنماط الشخصية نجد أن الصراع السائد المتغلب هو نوع من الصراع على السلطة.

و قد أجرى كل من فريدمان و روزنمان سلسلة من الدراسات التي أحسنا تخطيطها و أحسنا القيام بها لبيان أن هناك أنماط سلوكية ظاهرة معينة مرتبطة بمرض القلب التاجي، وقد حددا بصفة أساسية اثنين من الأنماط السلوكية:

النمط (أ): و يتميز أصحابه بما يأتي:

- ❖ الدافع الشديد المستمر إلى تحقيق أهداف خيروها لأنفسهم و لكنها غير محددة بوضوح.
- ❖ ميل عميق و تشوق إلى التنافس.
- ❖ الرغبة الملحة في الحصول على تقدير الآخرين و اعترافهم و على الترقي التقدم.
- ❖ الانغماس المستمر في وظائف أو مهام متعددة متنوعة و قد فرض عليه دائما أن ينتهي منها قبل ا□قضاء الزمن المحدود.
- ❖ ميل بحكم العادة إلى الإسراع في تنفيذ كثير من الوظائف الجسمية والعقلية، يقظة عقلية و جسمية فوق مستوى اليقظة ا□عا□ية .

النمط (ب!: يميز الأفراد الذين كانوا على عقس النمط (أ):-

- قلة الرغبة في التنا□س .
- قلة الدافع (بدرجة نسبية) إلى الترقي و التقدم و تقدير الآخرين.
- قلة الانغماس في الأعمال التي تفرض لها حدود زمنية .
- قلة الميل إلى التعجل في القيام بوظائف الكلام أو الوظائف العقلية و الجسمية.
- الطبيعة الهادئة الباردة القانعة. ***(Gustave Nicolas Fisher,2002,pp53-55)***

و من بين هذه الدراسات :-

دراسة *(Rosenman & Friedman , 1961)* ، حيث كانت العينة مقتصرة على النساء حيث كان عدد النساء من النمط (أ) 125 بين محامية و طبيبة و مديرة سياسية وموظفة كتابية أو إدارية، و غير موظفة و راهبة تنتمي إلى نظام رهبنة " مشهود لها بالصرامة " ، و أما النساء من النمط (ب) فقد كان عددهن 132 من الزوجات و الموظفات الكاتبات و الإداريات أو الراهبات في سلك التدريس، وقد ظهر بين نساء النمط (أ) أربعة أضعاف حالات مرض الشريان التاجي المنتشرة بين نساء النمط (ب)، كما كانت النسوة من النمط (أ) أعلى من نسوة النمط (ب) من حيث نسبة الكولسترول و سرعة تجلط الدم، أضف إلى ذلك أن نسبة انتشار ضغط الدم المرتفع بين النساء من النمط (أ) كانت أعلى إلى حد ذي دلالة عالية من النمط (ب) ***(ريتشارم سوين،1988،ص ص 427 429).***

7. الفحوصات اللازمة لتشخيص مرض قصور الشريان التاجي:

هناك العديد من الفحوصات التي تساعد على تقوية القناعة التشخيصية عند الطبيب، أو أنها تزيل الشك الموجود لديه إذا كانت الشكوى المرضية غامضة أو غير واضحة و كان الفحص السريري سلبيا، و سوف نستعرض جميع الفحوصات المخبرية و الشعاعية المختلفة في ما يلي

7-1 تخطيط القلب الكهربائي أثناء الراحة :

إن هذا الفحص حساس لكنه غير دقيق، لذالك فإن كثيرا من حالات قصور الشريان التاجي لا يمكن تسجيلها على صفحات تخطيط القلب أثناء الراحة، لذلك تم التفكير في زيادة دقة الفحص بالإضافة إلى حساسيته، و قد وصل العلماء لخطوة تخطيط القلب المجهود .

7-2 تخطيط القلب المجهود:

قد أصبح أكثر الفحوصات القلبية شيوعا فعند القيام بالمجهود و شعور المريض بآلام الذبحة الصدرية يوضح التخطيط الكهربائي علامات معينة تدل على وجود نقص التروية القلبية، أي أن كمية الدم المتدفقة إلى عضلة القلب اقل من احتياج القلب، و تعتبر هذه الطريقة أقل تكلفة من فحوصات أخرى .

7-3 تخطيط القلب بالمجهود مع استخدام مواد مشعة :

و تعتبر هذه الطريقة في الفحص من الطرق التي تزيد من دقة تخطيط القلب بالمجهود، لكنها مكلفة لأنها تستخدم مادة مشعة هي الثاليوم (201)، بحيث يحقن المريض بعد القيام بالمجهود ثم يتم تصوير القلب بكاميرا جاما على خطوتين بعد الجهد، و بعد انقضاء أربع ساعات تنكشف المنطقة من عضلة القلب التي بها نقص التروية .

و إذا كان المريض عاجزا عن القيام بمجهود فيمكن حقن المريض بمادة معينة تزيد من سرعة ضربات القلب، و بذالك تعطي نفس تأثير المجهود على القلب ثم بعد ذالك يحقن المريض مرة أخرى بالمادة المشعة كما ذكرنا في السابق ثم يتم تصوير القلب بكاميرا جاما .

7-4 فحص القلب بالموجات فوق الصوتية (الايكو) :

يمكن فحص القلب و قياسه و فحص الصمامات بهذه التقنية الدقيقة، و يمكننا فحص عضلة القلب و ترويتها بالقيام بنفس الفحص لكن على إثر الانتهاء من المجهود البدني

ويعتبر هذا الفحص من الفحوصات الأساسية و الدقيقة و يمكنها إعطاء معلومات مفيدة عن حالة القلب و قدرته على تأدية وظيفته، و مقدار القصور الذي أصابه .

5-7 القسطرة القلبية:

و هي الوسيلة المثلى لمعرفة وضع الشرايين التاجية، و تتم بإدخال أنبوبة بلاستيكية دقيقة و طويلة عن طريق أحد الشرايين الطرفية، و غالبا الشريان الأيمن في أعلى الفخذ، وبدفع الأنبوبة يمكن الوصول إلى القلب، و بعد حقن مادة ملونة داخل الشرايين التاجية وتصويرها بالأشعة السينية يمكن معرفة مدى ضيق أو اتساع الشرايين أو مدى إصابة الجدار إذا وجد الطبيب أن التضيق شديد و يمكنه توسيعه بالبالون، ووضع دعامة معدنية لإبقائه مفتوحا، حيث أنه يقوم بذلك في نفس الوقت، هذا و يمكن توسيع أكثر من تضيق ووضع أكثر من دعامة معدنية إذا كان هناك حاجة لذالك ***.(رئيف بستاني، 1994، ص1996)***.

8. علاج مرض قصور الشريان التاجي:

1-8 الإجراءات الوقائية:

يجب على المدخن الامتناع عن التدخين نهائيا، و على من يعاني السمنة أو زيادة في الوزن إنقاص وزنه بالطرق الصحيحة مثل: تناول الغذاء الصحي المتوازن و بكميات معقولة مع ممارسة الرياضة بصفة مستمرة، أما مرض السكري و مرض ضغط الدم المرتفع فإن التحكم في هذه المرضين من الأمور الواجبة لمنع أو تقليل خطورتها على الشرايين التاجية للقلب، أما مرضى الكولسترول المرتفع في الدم فيجب معالجتهم و إتباعهم لنمط غذائي قليل الدهون كثير الخضروات و الفواكه والألياف الغذائية، مع الحرص على ممارسة الرياضة بانتظام، ضف إلى ذلك أنه يجب على المرضى الامتناع عن شرب الكحول، و ممارسة الاسترخاء بانتظام للتخلص من الضغوط النفسية أو التحكم فيها، و كذا مراجعة الطبيب بانتظام و إتباع النصائح الطبية .

2-8 العلاج الدوائي:

هناك محاور كثيرة للعلاج عن طريق الدواء تتركز في إعطاء كل المرضى جرعة صغيرة من الأسبرين يوميا و إعطائهم أدوية تقوم بتوسيع الشرايين التاجية و أهمها مركبات النيتريت فبعضها يًعطى تحت اللسان عند النوم و ظهور الآلام الصدرية، و أخرى تًعطى ككبسولات أو حبوب للبلع، و بعضها يوصف كلصقات تلصق على الجلد أو مراهم توضع على الجلد ليمتصها ببطء و تذهب إلى الدورة الدموية، و من الأدوية الضرورية أيضا مئبطات خلايا بيتا التي لها دور حماية القلب من الاضطرابات و نقص التروية و مضاعفاتها، كما أن اغلب مرضى الشرايين التاجية يحتاجون مركبات مثبطات ايس و مضادات الكالسيوم، من ناحية أخرى فإن خافضات الكولسترول لها دور كبير في منع المرض بل تساعد كثيرا في علاجها .

3-8 العلاج عن طريق القسطرة :

لقد سبق و ذكرنا أن الطبيب قد يرى أثناء قيامه بالقسطرة القلبية التشخيصية أن توسيع الشريان المتضرر بالبالون ممكن فيقوم بذلك مع وضع دعامة أو شبكة معدنية دقيقة مكان التوسيع للمحافظة على الشريان مفتوحا .

4-8 عملية زرع شرايين جراحيا:

قد يرى الطبيب و الجراح أن مشكلة الشرايين التاجية للمريض معقدة لا ينفع فيها العلاج الدوائي و لا العلاج بالتوسيع عن طريق البالون، بل يستوجب الوضع عمل توصيلات جراحية تمد العضلة المتضررة بالدم اللازم، و تقوم بعمل الشرايين المتصلة وبذلك تعود التروية الطبيعية، و تؤخذ الأوعية التي تستخدم في التوصيلات الجراحية من أوردة ساق المريض أو من شرايين اليد أو المعدة أو الصدر ***(Marullo ,S et al , 1990, pp 113-114)***

5-8 العلاج النفسي:

يمكننا تطبيق التدخل النفسي في كل مرحلة من مراحل أمراض الشرايين التاجية سواء في الوقاية الأولية، أو في مرحلة ما قبل ظهور أعراض المرض، أو خلال المرحلة الحادة التي غالبا ما تكون بعد حدوث الجلطة القلبية، أو عند مرحلة إعادة التأهيل، و العودة إلى الحياة الطبيعية، و التي يًطلق عليها بالوقاية الثانوية، و يتراوح نوع التدخل النفسي بين استخدام الأساليب المعرفية إلى الإستراتيجيات السلوكية، فقد تطور التدخل النفسي عما كان عليه في فترة قبل السبعينات، حيث كان يتضمن تعديل السلوك المرتبط بعوامل الخطر المرتفعة، إلا أنه في الوقت الحاضر و بعد تطور نماذج علاج الضغوط المتعددة أصبح بالإمكان استخدام أكثر من أسلوب تدخلي نفسي لمعالجة هذا المرض السيكوسوماتي، و يكون التدخل كالآتي:

1-5-8 العلاج في مرحلة الوقاية الأولية:

إن التعلم الصحي هو المنحى الأساسي للوقاية الأولية، و هو يعتمد على افتراض قائم بأن الكشف عن عوامل الخطر المسببة للإصابة بأمراض الشرايين التاجية، سيجعل الناس قادرين على توجيه أنفسهم نحو تغيير أنماط حياتهم تبعا لمعرفة مصادر الخطر، و قد اَستًخدم هذا المنحى في نطاق محدود مع أفراد و مجموعات صغيرة، وكذلك على نطاق واسع يشمل المجتمع بأكمله.

و قد ركزت الكثير من البحوث في مجال الوقاية الأولية على تعديل سلوك النمط –أ – إذ قدم لونج *(Long ,1984)* إحدى الدراسات القلبية التي قارنت بين التدخل النفسي (تعليم و تدريبات معرفية سلوكية) و بين التدخل البدني (الإيروبيك *Aerobic conditioning)* و قيس كل من القلق و التوتر و الإدراك الذاتي للكفاءة و إمكانية ممارسة الرياضة لدى 61 متطوعا ممن يعانون من الضغوط، و قد لًوحظت تغيرات كبيرة في التوتر و القلق لدى كل من المجموعتين، غير أن أي منهما لم يتميز عن الأخرى، و يعتقد أنهما متكاملين و بالرغم من التغيرات الإيجابية التي سجلت في مخاطر أمراض القلب نتيجة للتعليم الصحي وحده، وبالجمع بينه و بين الإستراتيجيات المعرفية السلوكية، يظل السؤال القائم هو: هل يًترجم ذلك إلى انخفاض فعلي في أمراض القلب، و يحتمل أن الأمر يستغرق بعض الوقت إلى أن تتجسد

التغيرات في نمط الحياة في صورة انخفاض حقيقي في أمراض القلب، و يستطيع الأخصائيون النفسانيون لعب دور جوهري في المساعدة على هذه الترجمة ***(أديب محمد الخالدي، 2006، ص668)*** .

8-5-2 العلاج في المرحلة الحادة (بعد حدوث الجلطة القلبية)

يًستخدم في هذه المرحلة من الإصابة بالمرض أسلوب التدخل العلاجي النفسي الفردي، أو علاج مجموعات صغيرة من المرضى بًغية السيطرة على الموقف العلاجي، و يتضمن هذا الأسلوب عمليا الإرشاد و التدريب على تدبر القلق، فقد أجرى الأخصائيان *(Lenzer Aronson ; 1972)*, علاجا نفسيا فرديا لمجموعة من المرضى بعد ترحيلهم من العناية المركزة للقلب إلى غرف المستشفى، و بعد العلاج أظهر المرضى قدرا أقل من التكدر الانفعاليومستويات أكثر انخفاضا في هرمون الكاتيكولامين *"Catecholoamine"*، واضطرابات قلبية أقل من المرضى في المجموعة الضابطة و قام جروين(*Gruen. 1975*) بدراسات متعددة على مرضى القلب في هذه المرحلة، و قام بتقسيم عشوائي لمرضاه البالغ عددهم 70 مريضا إلى مجموعتين، المجموعة الأولى (تجريبية) حيث تلقت علاجا نفسيا تدعيميا ، و المجموعة الثانية (الضابطة) لم تتلق أي علاج نفسي، و قد أثبت أفراد مجموعة العلاج النشط على أنهم أقل قلقا و اكتئابا، وقد عانوا من المشكلات القلبية بدرجة أقل، حيث مكثوا أياما أقل في غرف المستشفى بعد نقلهم من العناية المركزة، و أفادت نتائج الدراسة أن هذا المنهج من التدخل العلاجي النفسي يًعتبر مفيدا جدا للمرضى، بالإضافة إلى أنه قليل التكلفة.

8-5-3 العلاج في مرحلة إعادة التأهيل (الوقاية الثانوية):

اًستخدمت أنواع متعددة من التدخلات العلاجية النفسية في هذه المرحلة مع مرضى القلب، و أن المناسب هو عينة علاجية تدعيمية نفسية، وتدريب معرفي سلوكي على المهارات، و تحتوي هذه العينة العلاجية أو التشكيلية العلاجية على مجموعة من الأمور المتعلقة بأمراض القلب أبرزها معلومات حول:

- ❖ الجلطة القلبية.
- ❖ التغذية.

- ممارسة العمل.
- نمط الحياة الصحي.
- الاستثارة النفسية.
- الأفكار و المشاعر و التصرفات المصاحبة لها.

و يمتد التدخل العلاجي ليشمل استخدام مايلي:

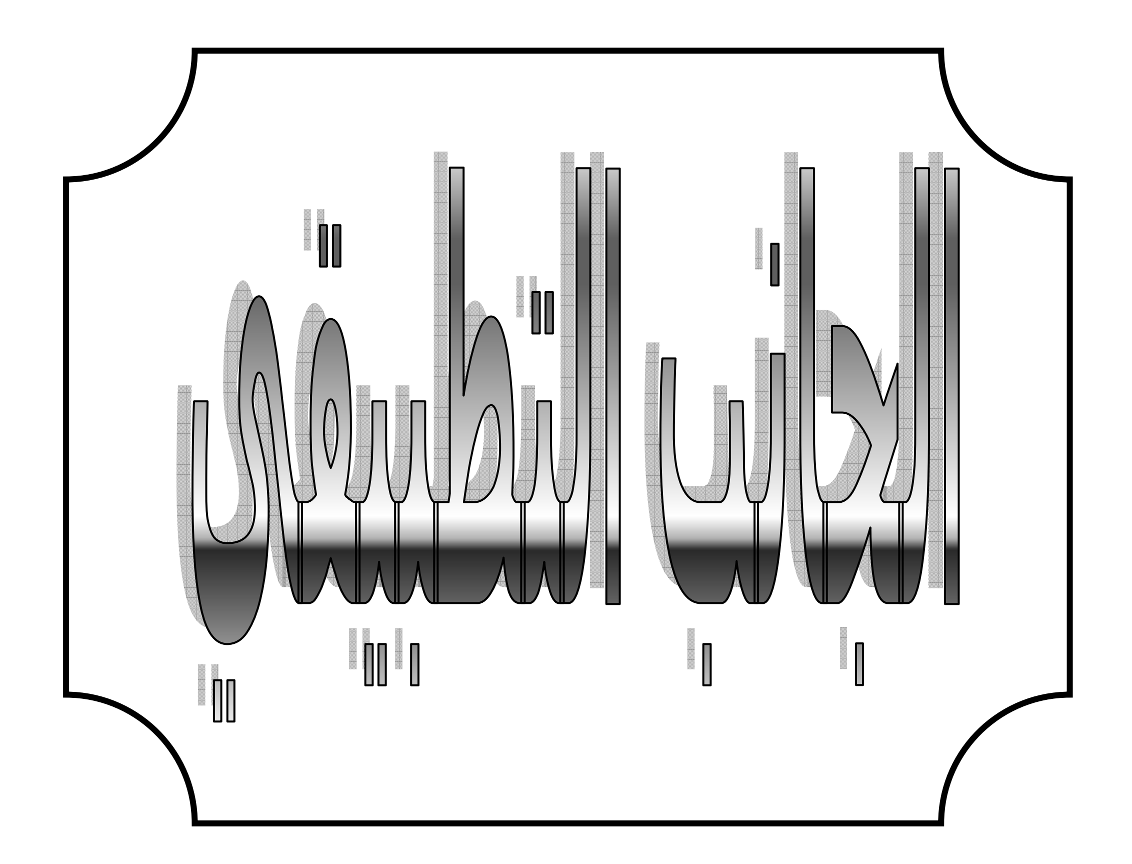
- العائد البيولوجي.
- الاسترخاء.
- تدبر الغضب.
- التدريب على التوكيدية ***(أديب محمد الخالدي، 2006 ، ص ص 471-472).***

وهناك الكثير من الدراسات الجديرة بالذكر للتدخل النفسي في هذه المرحلة، و تعتمد أغلب برامج التدريب على الاسترخاء، و يتضمن بعضها أيضا تدريبات أخرى، وقد وصف أورنيش و زملاؤه *(Ornish and al ;1990)* واحدة من أكثر الحزم العلاجية شمولا، وهو البرنامج الوحيد الذي اَستَخدم مع مرضى القلب و يركز على الجمع بين التغيرات الغذائية و تدريبات على تدبر الضغوط، و تغيير نمط الحياة، بما في ذلك التدريب التدريجي على ممارسة الرياضة ، و لم تُظهر نتائج هذه الدراسة انخفاضا ملحوظا في الذبحة الصدرية مع تحمل زيادة التمارين الرياضية فقط، بل تدعى حدوث انعكاس *« Reverse the atheroxlerosis »* في تصلب الشرايين و كانت الدلائل التي أوضحها تصوير شرايين القلب مقنعة للغاية، و لم يًقدم الباحثون أية ادعاءات حول أي مكونات الحزمة العلاجية هي التي أثرت في هذا الانعكاس، و من الواضح أن هذا يبدوا مجالا مستقبليا لعمل الأخصائيين النفسيين مع هذه المجموعة المَهملَة من العًملاء ***(صفوت فرج، 2000،ص 669).***

خلاصة الفصل:

نستشف مما سبق أن هناك زملة من العوامل تتفاعل فيما بينها تفاعلا معقدا يًعجل بظهور مرض قصور الشريان التاجي، كما تلعب عوامل أسلوب الحياة دورها من خلال : نظام التغذية، وزن الشخص و التدخين، و تناول الخمور، و الوظائف الفيزيولوجية المتصلة بتناول الدهون و تجلط الدم ، و الأنماط السلوكية الظاهرة لدى الرجال و النساء كلها أمور ذات صلة وثيقة، و العلامات الهامة ذات الدلالة بالنسبة للمختص النفسي هي تلك العلامات المتصلة بالنمط –أ- من الأشخاص و ذلك للمزاوجة بين المتغير السيكولوجي و الطبي في طريقة مفيدة تسمح بالتنبؤ و الوقاية من المرض.

إن إجراء التدخل النفسي في أي مرحلة من مراحل الإصابة بالمرض (قبل التشخيص أو خلال مرحلة إعادة التأهيل) تفيد المريض و تهيؤه أكثر لفرص الشفاء، و تعد أساليب العلاج السلوكي المعرفي و خاصة التي تقوم على المهارات أكثر فاعلية في العلاج، كما أن العلاج النفسي التدعيمي يكون ذو فائدة كبيرة أيضا، إضافة إلى أن التدخلات العلاجية التي تتضمن أكثر من نوع تكون أكثر فائدة من استخدام نمط علاجي واحد.


الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد.

1. منهج الدراسة

2. الدراسة الاستطلاعية.

1.2 حدود الدراسة استطلاعية.

2.2 أدوات الدراسة الاستطلاعية.

3.2 الخصائص السيكومترية لأدوات القياس.

3. الدراسة الأساسية.

1.3 حدود الدراسة الأساسية.

2.3 أدوات الدراسة.

3.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

تمهيد:

لا تخل أي دراسة ميدانية من جانب نظري، و الذي يعتبر كأساس قاعدي لها، يكمله الجانب التطبيقي،الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي، حيث يًمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية كما أنه يوسع مجال دراساته، و إذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع الأساسي لمعرفة الوقائع الخاصة بمتغيرات دراستنا، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، و هذا من خلال تحويل نتائجها من كيفية إلى إحصاءات كمية أو أرقام حسابية .

إن هذا الفصل يهدف إلى حل الإشكالية المطروحة، و الإجابة على الأسئلة المصاغة، و التأكد من فرضيات دراستنا على عينة من مرضى قصور الشريان التاجي بالمركز الإستشفائي الجامعي –قسم أمراض القلب- و ذلك بإتباع خطوات منهجية مبينين فيها مجتمع الدراسة، و عينة الدراسة، المنهج المستخدم في الدراسة و كذا الأدوات المعتمدة، والخصائص السيكومترية لأدوات القياس، و الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

1. منـهج الدراسة:

إن أساس البحث العلمي الدقيق هو العمل المنهجي أي العمل الخاضع لمنهج قائم بذاته ذو أبعاد واضحة و ذو طابع علمي و موضوعي، و المنهج هو مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أسباب الإشكالية لأجل تشخيصها و اقتراح علاج لها، و يتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته و الهدف منه ***(فيصل عباس، 1983،ص 14)*** ، و بما أن موضوع دراستنا هو: " الكفاءة الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي" فإن المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الإرتباطي الذي يعرف على أنه: " دراسة الوضع الراهن للبشر و الأشياء و الأحداث ن و ذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة "، فهو يهدف إلى استكشاف حجم و نوع العلاقات بين البيانات، أي إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق تغايرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل آخر، و قد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجبا أو سالبا، أو يرجع إلى الصدفة....إلخ، و هكذا تفيد الطرق الإحصائية لحساب معاملات الارتباط *(Correlation Coefficients)* و دلالتها *(Significance)* في هذا المجال فائدة كبيرة، و تخدم الدراسات الإرتباطية عددا من الأغراض و خاصة في دراسات التنبؤ ***(عبد الفتاح محمد دويدار، 2000 ، ص 179).***

2. الدراسة الاستطلاعية:

أول خطوة قمنا بها في العمل هي سحب ورقة التربص من إدارة قسم علم النفس – جامعة الحاج لخضر باتنة- و ذلك يوم 02 /2008/07، و توجهنا بها إلى المركز الإستشفائي الجامعي –قسم أمراض القلب- هذه الورقة التي تحمل طلب الترخيص للقيام بالتربص بالمصلحة ضمن إطار إنجاز مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة، وفي يوم 2008/07/05 ، و بعد الموافقة على طلبنا ذهبنا للإطلاع على الحالات الموجودة في المصلحة في تلك الفترة، حيث تعرفنا على المرضى، و عرفناهم على دورنا، و الهدف من العمل معهم ، و من ثم تم اختيار الحالات، و قد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق مايلي:

1. التعرف على صعوبات الميدان، و الاستعداد للقيام بالدراسة الأساسية.
2. تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية.
3. تصميم استبيان أسلوب الحياة.

1.2 حدود الدراسة استطلاعية:

1.1.2 الحدود المكانية:

تحدد إجراء الدراسة الميدانية بالمركز الإستشفائي الجامعي –باتنة- قسم أمراض القلب .

2.1.2 الحدود الزمنية:

لقد امتدت دراسة بحثنا رسميا من 2008/07/05 إلى 2008/07/20 ، حيث أول شيء قمنا به هو التوجه إلى الميدان و القيام بالدراسة الاستطلاعية و التي من خلالها حددنا موضوع بحثنا بالضبط، ووضعنا الفرضيات بناءا على مالاحظناه في أرض الواقع، ثم قمنا بجمع المعلومات الطبية و النفسية حول الموضوع، و تحديد العينة، وتطبيق المقاييس للتأكد من الفرضيات لننهي العمل بمجموعة من الاقتراحات.

3.1.2 الحدود البشرية:

- عينة البحث:

تم اختيار العينة من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في مرضى قصور الشريان التاجي ، و البالغ عددهم 46 حالة.

2.2 أدوات الدراسة الإستطلاعية:

قد يستخدم الباحث أكثر من طريقة أو أداة لجمع المعلومات حول مشكلة الدراسة أو للإجابة عن أسئلتها أو لفحص فرضياتها، و يجب على الباحث أن يقرر مسبقا الطريقة المناسبة لبحثه أو دراسته، و أن يكون ملما بالأدوات و الأساليب المختلفة لجمع المعلومات لأغراض البحث العلمي، و في دراستنا هذه اعتمدنا على:

1.2.2 مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة: ل" *Schwarzer & Jerusalem*"

- التعريف بالمقياس:

منذ عام 1981 يعمل شفارتسر و مجموعته في جامعة برلين الحرة في ألمانيا على تطوير أداة تشخيصية لقياس الكفاءة الذاتية تتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف، على عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط ، و قد اشتملت هذه الأداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة و النزوعية"*Disposisional*" ، و يشير شفارتسر وجيروزيليم *(Schwarzer & Jerusalem)* سنة 1989 إلى أن سلم توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس قناعات إمكانات الضبط الذاتي أو توقعات الكفاءة في مواقف المتطلبات الاجتماعية، و مواقف الإنجاز، بتعبير آخر يقيس السلم مسألة التقدير الذاتي الذي يقوم به شخص ما حول رؤيته لنفسه قادر على التغلب على عدد كبير من مشكلات الحياة .

احتوى السلم المطور عام 1981 على 20 بندا تم تخفيضها في عام 1986 إلى 10 بنود فقط و سمي " توقعات الكفاءة الذاتية العامة "، و على الرغم من أن صيغة البنود العشرة تعتبر اقتصادية، إلا أنه أفقد المقياس جزءا من ثباته و موثوقيته كما يرى معدا المقياس، و قد ترجمت هذه الصيغة المختصرة إلى أكثر من 15 لغة كالإنجليزية،

الفرنسية و الهنجارية و التركية و التشيكية و السلوفاكية و العبرية و الصينية و اليابانية ووالكورية، و موثوقيتها عالية.

و ينصح معدا المقياس باستخدامه لدراسة متغيرات تتعلق بتوقعات الكفاءة الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة، لأنها تتسم بصفات العمومية و التفسير و التنبؤ بأنماط السلوك و الخبرة الممكنة مثل سلوك التعلم و الإنجاز المدرسي و سلوك العمل والإنجاز المهني و السلوك الصحي، و اللياقة البدنية و الصحة النفسية.

ـ مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان:

قام الباحث سامر جميل رضوان بأخذ موافقة مطوري المقياس على إعداد نسخة باللغة العربية منها و اختبارها على عينة سورية، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها المقياس عن اللغة الألمانية إلى اللغة العربية، و تًرجمت الصيغة الإنجليزية من المقياس نفسه من قبل متخصصين في اللغة الإنجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين، و استيضاح مدى دقة الترجمة و استيفائها للمعنى، حيث تم بنتيجة ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات أو الكلمات، بعد ذلك عًرض المقياس على مجموعة من المتخصصين، و غير المتخصصين الذين أبدوا رأيهم من حيث الصياغة و فهم المعنى، و إمكانية التطبيق، و لم تجر نتيجة ذلك تعديلات جوهرية تًذكر حيث أجمعت الآراء على صلاحية المقياس (صدق المحتوى).

و يقترح مؤلفا المقياس عدم الترجمة الحرفية لبنود المقياس إلى البيئات الأخرى، وإلى عدم الاقتصار على المعنى السطحي له، و إنما أخذ الاعتبارات النفسية للثقافات المختلفة بعين الاعتبار، و إعطاء المعنى الجوهري المتناسب مع كل ثقافة على حدى.

ـ وصف المقياس:

يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود، يطلب فيها من المفحوص اختيار إمكانية الإجابة وفق مقترح مندرج يبدأ من " لا- نادرا – غالبا – دائما " ويتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و 40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي:

لا ← 1

نادرا ← 2

غالبا ← 3

دائما ← 4

وبالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الكفاءة الذاتية العامة، والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع في توقعات الكفاءة الذاتية العامة، و تتراوح مدة التطبيق بين 3-7 دقائق و يمكن إجراء التطبيق بصورة فردية أو جمعية.

2.2.2 إستبيان أسلوب الحياة:

لقد تم تصميم هذا الإستبيان من قبل الطالبة و ذلك بهدف قياس أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و تعود مبررات إعداده إلى قلة الاختبارات التي تقيس عوامل أسلوب الحياة المراد دراستها لدى مرضى قصور الشريان التاجي، في حدود اطلاع الباحثة، مع العلم أنه توجد عدة اختبارات لأسلوب الحياة تقيس أبعاد أخرى من جوانب الحياة.

- كيفية بناء استبيان أسلوب الحياة:

لقد تم إعداد مقياس أسلوب الحياة من خلال الاعتماد على:

- الإطلاع على الكتب و الدوريات التي تناولت موضوع أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

- الاتصال ببعض الأطباء لتحديد أهم عوامل أسلوب الحياة التي تؤثر على المرضى.

- الإطلاع على المقاييس السابقة: إذ أنه أثناء محاولة بناء المقياس كان لزاما علينا الإطلاع و تفحص المقاييس السابقة و هي كالتالي:

- مقياس أسلوب الحياة للدكتورة فيليسيتي غودبير سميث *(Filicit Goodyear-Smith)* ، إذ احتوى هذا المقياس على أسئلة للكشف عن أهم ممارسات أسلوب الحياة التي تؤثر على الصحة، و أهم العوامل التي درستها هي : التدخين، الكحول، التغذية والقمار، الكآبة، القلق، الإجهاد، مشاكل الوزن، الانتماء العرقي، ...

- مقياس تقييم أسلوب الحياة لجون شنايدر *"Jhon Schneider ,2001"* ، مكون من 191 بندا.

- مقياس أسلوب الحياة لدرتموث *" Dartmouth"* الذي درس بعدي الكحول والمخدرات .

- مقياس أسلوب الحياة ل *"Cindy Quach"* .

- مقياس أسلوب الحياة لشاير كارفر سنة 1985، من أجل قياس توجه الأفراد نحو الحياة، أي محاولة معرفة أسلوب الفرد في الحياة، و يقيس هذا المقياس بعدين هما : بعد الميل إلى النزعة التفاؤلية ، و بعد الميل إلى النزعة التشاؤمية و قد احتوى هذا المقياس على 12 بندا في صورته الأولية، و عند ترجمته من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية من طرف بدر الأنصاري سنة 2002 تم حذف بندين لأن ارتباطهم كان منخفضا و بالتالي أصبح المقياس مكون من 10 بنود.

بعد تفحصنا للمقاييس السابقة، قمنا باستخلاص البنود التي تخدم موضوع بحثنا هذا، و اعتمادا على هذه الخطوات تم صياغة 46 بندا مقسمين إلى أربع محاور أساسية:

المحور الأول: خاص بعامل التغذية.

المحور الثاني: خاص بعامل الرياضة.

المحور الثالث: خاص بعامل التدخين.

المحور الرابع: خاص بعامل الكحول.

- الاستعانة بالمحكمين:

بعد الخطوات السالفة الذكر تم عرض الإستبيان على مجموعة من الأطباء المختصين و أساتذة من قسم علم النفس وعددهم (10) ، و طلب منهم قراءة كل الأسئلة بإمعان و ذلك لتحديد مايلي:

1. هل البنود تقيس ما وضعت لأجله.
2. اقتراح بنود جديدة و حذف بنود معينة.
3. اقتراح تعديل في صياغة البنود.

و اعتمادا على هذه الخطوة تم حذف الأسئلة التي لم يوافق عليها المحكمين و إجراء تعديلات في صياغة بعض البنود، ليصل مجموعها النهائي إلى 40 بندا مقسمين إلى أربع محاور أساسية كما يلي:

المحور الأول: يضم البنود الخاصة بعامل التغذية و هي كالتالي:

- أتناول أغذية متوازنة.
- أكثر من تناول الطعام.
- أتناول مواد غنية بالألياف.
- أتناول أطعمة غنية بالكولسترول.
- أفضل أن تكون وجبة العشاء خفيفة.
- ألتزم بالحمية الغذائية للمحافظة على وزني.
- أتناول فطور الصباح يوميا.
- أتناول المشروبات الغازية بكثرة.
- أتجنب الأكل خارج الأوقات المحددة لذلك.
- أتجنب تناول الدهون.
- أتناول الفاكهة يوميا.
- أتناول أطعمة خفيفة بين الوجبات الغذائية.
- تحتوي معظم وجباتي على الخضر.
- أتناول أطعمة سريعة الطهي.*(Fast Food)*
- أتناول اللحوم بكثرة.
- أكثر من وضع الملح في الطعام.

المحور الثاني: يخص عامل الرياضة و مؤشراته هي:

- أمارس تمارين رياضية منتظمة.
- أمارس تمارين رياضية شاقة.
- أهتم بلياقتي الجسمية.

- أتردد على النوادي الرياضية.
- أمارس الرياضة الجماعية.
- أمتاز بقلة الحركة و النشاط.
- ألجا إلى النوم بعد تناولي وجبة العشاء مباشرة.
- أمارس رياضة المشي على الأقل ساعتين في اليوم.
- أعتمد على وسائل النقل باستمرار.
- أنام من 7-8 ساعات في اليوم.

المحور الثالث: يخص عامل التدخين، و مؤشراته هي:

- أتعاطى السجائر.
- أتعاطى السجائر مع القهوة.
- عادة ما أدخن قبل الفطور.
- أدخن عندما أواجه مشكلة صعبة.
- أدخن كميات كبيرة من السجائر.
- أدخن عندما أكون قلقا.
- أتجنب مجالسة المدخنين.
- أتعاطى السجائر بين الوجبات الغذائية.

المحور الرابع: خاص بعامل الكحول و مؤشراته هي:

- أتناول مشروبات كحولية.
- عادة ما ألجأ إلى الخمر عندما أشعر باليأس و الإحباط.
- أجد أن شرب الخمر في نهاية الأسبوع ممتعا.
- أشرب جرعات كبيرة من الخمر.
- عادة ما أشرب الخمر و السجائر معا.
- أشرب الخمر في مناسبات خاصة.

- ترتيب الأسئلة بطريقة عشوائية:

بعد وضع البنود في صيغتها النهائية، قامت الطالبة بترتيبها بطريقة عشوائية حتى لا يتبين للمبحوث البعد الذي تقيسه كل عبارة.

- وضع تعليمة الإستبيان:

تم وضع تعليمة الإستبيان متضمنة الغرض منه و طريقة الإجابة علية كالآتي:

- تعليمات:

هذا الإستبيان يتمثل في مجموعة من العبارات المتعلقة ببعض الأنماط السلوكية التي تبنيتها في حياتك الشخصية ، نطلب منك قراءتها ، و تحديد إلى أي درجة تنطبق على أسلوبك في الحياة، كما نرجوا منك أن تجيب على كل العبارات و ذلك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك، و لا تترك عبارة بدون إجابة و أن تجيب بكل صراحة و صدق.

- تصحيح الإستبيان:

تم تصحيح الإستبيان وفقا للأوزان التالية:

لا ← 0

نادرا ← 1

غالبا ← 2

دائما ← 3

مع الإشارة إلى أن البنود:

1-3-7-11-12-14-15-16-20-21-26-27-29-31-32-34-39 كانت طريقة طرحها ايجابية، في حين أن البنود:

2-4-5-6-8-9-10-13-17-18-19-22-23-24-25-28-30-33-35-36-37-38-40 كانت طريقة طرحها عكسية أي سلبية.

3.2 الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

جرى اختيار التحليلات الإحصائية طبقا لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS)).

1.3.2 مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة:

- ثبات المقياس:

في النسخة الألمانية:

يتراوح معامل الارتباط ألفا (Alpha =0.74 ; 0.93) في قياس الثبات، أي أن موثوقيته عالية.

في النسخة العربية:

لبيان مدى ثبات المقياس تم تطبيقه في فترتين مختلفتين من طرف الباحث سامر جميل رضوان، يفصل بينهما 6 أسابيع على عينة مكونة من 37 مفحوص بواقع 20 أنثى و 17 ذكرا، و أسفر حساب معامل الارتباط بين درجة التطبيقين عن معامل ثبات مقداره 0.71 .

معامل الارتباط العام : *(Alpha = 0.85)*.

في البيئة المحلية: تم حساب الثبات بطريقتين:

معامل ألفا كرونباخ: و الذي أسفر عن معامل مقداره 0.92 و هي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس.

طريقة التجزئة النصفية: و التي تقوم على تجزئة الاختبار إلى نصفين متكافئتين (فقرات فردية وزوجية)، و ذلك بعد تطبيقها على نفس العينة (ن=40)، حيث تتحصل على مجموعتين من الدرجات، مجموعة تخص النصف الفردي من الاختبار (ن=20) ، و مجموعة تخص النصف الزوجي من الاختبار (ن=20) ، و بعدها تم حساب معامل الارتباط بين الفقرات الفردية و الزوجية بمعامل الارتباط بيرسون، و الذي يمثل معامل ثبات نصف الاختبار و الذي وصل إلى 0.86 و هي قيمة دالة على ثبات الاستبيان.

- صدق المقياس:

يعتبر المقياس صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه.

في البيئة الألمانية:

يترابط السلم مع متغيرات عديدة ترابطات إيجابية وسلبية، فمعامل الترابط مع الانبساط (0.49) والانطواء (-64 .0) والعصابية (-0.42)، والأمل بالنجاح (0.46) والخوف من الفشل ((ومـع مشـاعر القيمـة الذاتيـة (0.52 ،(0.54- والقلق العام (-0.54) ومع قلق الإنجاز (-0.42)، ومع الخجل (-0.58) (0.44) والفضـول ، وقناعات الضبط الداخلية (0.4O).

في البيئة العربية:

:تم حساب الصدق من طرف الباحث سامر جميل رضوان عن طريق

صدق الاتساق الداخلي: فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار كما يلي على الترتيب:

0.83 – 0.83 – 0.83 – 0.83 – 0.82 – 0.84 – 0.82 – 0.82 – 0.82 – 0.82

و هي جميعها دالة عند 0.01.

في البيئة المحلية: تم حساب الصدق من قبل الطالبة عن طريق :

صدق الاتساق الداخلي : فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار هي كما يلي على الترتيب:

0.80 – 0.73 – 0.79 – 0.85 – 0.82 – 0.66 – 0.88 – 0.68 – 0.91 – 0.73.

وهي جميعها دالة عند 0.01.

2.3.2 استبيان أسلوب الحياة:

الثبات: قامت الطالبة بحساب الثبات بطريقتين يوضحهما الجدول التالي:

طرق حساب الثبات	ن=40

معامل ألفا كرونباخ	0.64
طريقة التجزئة النصفية(بعد تصحيح الطول بمعادلة براون سبيرمان)	0.43

جدول(2): يوضح طرق حساب الثبات لاستبيان أسلوب الحياة.

نلاحظ من خلال الجدول أن كلا الطريقتين اللتان استخدمتهما الطالبة لحساب الثبات تدلان على درجة ثبات مقبولة لاستبيان أسلوب الحياة.

- الصدق:

صدق المحكمين:

إذ تم عرض هذا الاستبيان على عدد من المحكمين في مجال علم النفس (أساتذة قسم علم النفس بباتنة) و أطباء من المركز الإستشفائي الجامعي، و ذلك لإبداء الرأي و الحكم على مدى صدق مضمون العبارات و مدى فعالية ما وضع لقياسه، ثم قامت الطالبة بتفريغ الآراء و مراعاة الملاحظات الخاصة ببنود كل بعد، وهكذا تم اعتبار نسبة اتفاق المحكمين على بنود الإستبيان معيارا للصدق، وقد اعتمدت الطالبة على معادلة لوشي الخاصة بصدق المحتوى أو الصدق المنطقي و هي كالتالي:

$$\text{ص.م} = \frac{\text{ن و} - \text{ن}/2}{\text{ن}/2}$$

حيث أن:

ن و : عدد المحكمين الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

ن : العدد الإجمالي للمحكمين.

و عند تطبيق معادلة لوشي لصدق المحكمين تبين أن بنود الإستبيان صادقة حيث أن :

ص.م > 0.05 ، مما يؤكد بأن البنود الموضوعة صادقة في قياسها.

3. الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الأساسية إلى حل الإشكالية المطروحة و الإجابة عليها من خلال الفرضيات المصاغة حول دراستنا على عينة من مرضى قصور الشريان التاجي و ذلك بإتباع خطوات منهجية مبينين فيها عينة الدراسة و أدواتها والخصائص السيكومترية لأدوات القياس و كذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة و ذلك بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية متبعين الخطرات التالية:

1. الاتصال بالإدارة لتحديد المرضى.

2. الاتصال بالمرضى داخل القسم و توزيع استمارات المقاييس التالية:

1.2 مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

2.2 استبيان أسلوب الحياة.

1.3 حدود الدراسة الأساسية:

1.1.3 الحدود المكانية: المركز الإستشفائي الجامعي - باتنة – قسم أمراض القلب.

2.1.3 الحدود الزمانية: امتدت الدراسة الأساسية من 2008/07/21 إلى 2008/09/02 .

3.1.3 الحدود اليشرية:

- عينة البحث:

لتحقيق أهداف البحث قامت الطالبة بتطبيق أدوات دراستها على عينة قوامها 40 فردا (21 ذكورا و19 إناثا)، متمركزين في الفئة العمرية مابين (35-57 سنة) متواجدين بالمركز الإستشفائي الجامعي- قسم أمراض القلب – و ذلك للتعرف إن كانت هناك علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى هاته الفئة من المرضى، و قد تم اختيار العينة اعتمادا على:

1. ملفات المرضى.

2. تشخيص الطبيب المعالج.

1. ملفات المرضى.

2.3 أدوات الدراسة:

لقد اعتمدت الطالبة على الأدوات التالية:

1.2.2 مقياس الكفاءة الذاتية في صيغتها المعربة لسامر جميل رضوان.

2.2.2 استبيان أسلوب الحياة من تصميم الطالبة.

حيث تم تطبيق أداتي الدراسة أحيانا فرديا و أحيانا جماعيا حسب تواجد العينة ، إذ قامت الطالبة ب :

1. توزيع مقياس الكفاءة الذاتية.

2. توزيع استبيان أسلوب الحياة.

3. إعطاء التعليمات اللازمة للمرضى.

4. التأكد من أوراق الإجابة، إذ تم عزل 8 حالات من مجموع 48 حالة لعدم إجابتهم على كل الأسئلة.

5. تصحيح استجابات المرضى.

3.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

جرى اختبار التحليلات الإحصائية طبقا لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية).

- ✓ معادلة بيرسون للارتباط.
- ✓ المتوسط الحسابي.
- ✓ معامل ألفا كرونباخ.
- ✓ معادلة لوشي.
- ✓ معامل الاتساق الداخلي.

الفصل السادس: عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1. عرض النتائج.
2. تفسير و مناقشة النتائج.
3. مناقشة عامة.

1.عرض النتائج:

بمكن تلخيص نتائج الدراسة وفقا لترتيب فرضيات الدراسة من خلال الجداول التالية:

جدول رقم-1-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الإرتباط بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية التغذية	40	0.46	0.05

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل التغذية بلغ 0.46 و هو دال إحصائيا عند مستوى 0.05.

جدول رقم-2-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الإرتباط بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية الرياضة	40	0.34	0.05

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الإرتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة بلغ 0.34 و هو دال إحصائيا عند مستوى 0.05.

جدول رقم-3-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الإرتباط بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	40	0.16-	غير دال
التدخين			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الإرتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة بلغ -0.16 و هو غير دال إحصائيا .

جدول رقم-4-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي

المتغيرات	العينة	معامل الإرتباط بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	40	0.21-	غير دال
الكحول			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الإرتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل الكحول بلغ -0.21 و هو غير دال إحصائيا .

1. تفسير و مناقشة النتائج:

فيما يلي تفسير و مناقشة النتائج المتحصل عليها حسب فرضيات الدراسة:

مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الطالبة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول رقم -1- و كانت تساوي 0.46 ، و هي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، و تشير هذه النتيجة إلى تحقق صحة الفرضية الأولى، أي أن هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

إن نتيجة الفرضية الأولى جاءت مؤيدة للعديد من الدراسات السابقة التي أجمعت على أنه توجد علاقة جوهرية بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي، فالغذاء الصحي له أثر بالغ الأهمية في التخفيف من حدة هذا المرض، و لا يوجد أي خلاف على ذلك ، حيث أن هناك الكثير من الدلائل العلمية ما يشير إلى تحقيق فوائد صحية أكيدة جراء الالتزام بنمط غذائي متوازن، و لعل من أهم هذه الدراسات تلك الدراسة الحديثة التي أجراها ميلاندوز و آخرون في النورفيج *"Meland &al ;1999"* ،على عينة من 110 مريضا تناولت دور الكفاءة الذاتية في تغيير السلوكيات المضرة بالصحة، و خاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية *" Cardiovascular health"* كالتغذية غير الصحية، و لقد أظهرت نتائجها أن كفاءة الذات برزت أقوى متغير من بين المتغيرات المستقلة العديدة التي تم فحصها، كما كانت نتائجها متفقة مع الدراسة التي قام بها شمبليس و موري *(Champlis & Murry,1979)* ، و التي تم التطرق إليها في الفصل النظري و التي توصلت نتائجها إلى تأكيد أهمية كفاءة التحكم المعرفي في السلوكيات الصحية و الدور التأثيري الذي تلعبه كفاءة الذات المدركة في هذه العملية لتخفيض الوزن و الالتزام بنظام غذائي أكثر صحة.

و قد لاحظت الطالبة من خلال النتائج المتحصل عليها أن المرضى الذين يمتلكون كفاءة عالية كانوا يقبلون على إتباع نظام غذائي صحي، و لقد عزز كفاءتهم :

1. التهديد المدرك لخطورة تطور المرض، و هذا ما يتفق مع نظرية المعتقدات الصحية التي تم الإشارة إليها في الفصل النظري.
2. نصائح الطبيب المعالج فيما يخص ضرورة الالتزام بالحمية الغذائية.

فمعظم هاته الفئة من المرضى كانوا يتجنبون تناول الدهون، ويتناولون ما أمكن من الخضر والفواكه و الألياف، يقللون من نسبة الملح في الطعام ...، في حين أظهر المرضى الذين يمتلكون كفاءة ذاتية منخفضة عدم مقدرتهم الالتزام بنظام غذائي صحي، رغم إدراكهم لأهمية القيام بذلك، و رغم صفات الطعام الصحي المقدم إليهم من طرف الطبيب، فعندما يوصى المريض المصاب بمرض الشريان التاجي بتعديل نظام تغذيته، فإن عليه أن يراعي اتباع هذه التوصية طوال سنوات حياته، و مع ذلك فإن دفع الناس لتغيير نظام تغذيتهم يعد من الأمور الصعبة، وذلك نظرا لعامل صعوبة الحفاظ على التغيير، فالالتزام بالنظام الجديد في التغذية قد يكون بدرجة أكبر في بادئ الأمر، و لكنه ينحدر مع مرور الوقت، و السبب في ذلك حسب رأي الطالبة قد يرجع إلى بعض العوامل التي تعطل جميع الجهود التي تسعى إلى تغيير العادات السيئة في التغذية، مثل عدم إعطاء أهمية كافية للمراقبة البعيدة الأمد، و لإستراتيجيات الوقاية من الإنتكاس، و في حالة الحمية، فإن عوامل أخرى تتدخل أيضا فالإدارة الذاتية تشكل عاملا جوهريا، لأن التوصيات المتعلقة بالتغذية قد تتم مراقبتها بطريقة غير مباشرة فقط من قبل السلطات الطبية، كالأطباء مثلا، الذين يستندون إلى معايير عامة فقط للحكم على مدى الإلتزام، و من هذه المعايير الإعتماد على قياس مستوى الكوليسترول، في حين أن توافر درجة كبيرة من الإحساس بالكفاءة الذاتية (أي اعتقاد المريض بأنه قادر على تغيير نظام تغذيته)، و المساندة الأسرية باعتبارها مصدر رئيسي من مصادر الكفاءة الذاتية، و إدراك أهمية تغيير نظام التغذية في تحقيق الفوائد الصحية، جميعها من العوامل المهمة جدا في النجاح في الإلتزام بتغيير نظام التغذية المتبع.

و يمكن أن تكون بعض التوصيات المتعلقة بالتغذية قاسية، و مكلفة و من الصعب تحضيرها، و قد يتطلب الأمر حدوث تغيير جذري في التبضع و التخطيط في إعداد

الوجبات، و طرق تحضير الأطعمة، و عادات الأكل، إضافة إلى ذلك فقد يكون من المتعب تغيير المذاق، فتفضيل الأطعمة الغنية بالدهون من الأمور الراسخة في مجتمعنا، مما يجعل الناس يميلون لاستهلاك كميات أكبر من الأطعمة التي أخبروا أنها غنية بالدهون من الأطعمة الأخرى التي أخبروا بأنها لا تحوي كميات كبيرة من الدهون، حتى و لو كانت هذه المعلومات غير صحيحة، و عليه فإن هذه العوامل ترتبط ارتباطا جوهريا بالإحساس المتدني بالكفاءة الذاتية، هذا الإعتقاد السلبي الذي يندرج ضمنه المستوى المتدني من الوعي الصحي، و نقص الوعي بالعلاقة مابين عادات الأكل و المرض.

مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب معامل ارتباط بيرسون، كما هو موضح في الجدول رقم -2- و كان يساوي 0.34 ، و هي قيمة دالة إحصائيا عند 0.05 ، و تشير هذه النتيجة إلى تحقق صحة الفرضية الثانية جزئيا، مما يعكس و جود علاقة ارتباطيه جزئية موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، إذ أن ثقة المرضى المصابين بنوبة قلبية بشان القدرة على مزاولة النشاط الرياضي تعمل على إزالة التخوف الشديد من أي ممارسة بدنية، لأن ذلك الخوف إذا ما استمر يؤدي حتما إلى مضاعفات صحية خطيرة ، وهذا ما أيدته العديد من الدراسات كالدراسة التي تم ذكرها في الجانب النظري لإيوارط في أمريكا *"Eawart ,1992"* على مجموعة من مرضى القلب و التي توصلت نتائجها إلى أن كفاءة الذات تساعد على إكساب المرضى أنماط سلوكية صحية تساعدهم على المحافظة على نشاطهم و صحتهم القلبية الوعائية.

و قد أشارت النتائج إلى أن المرضى الذين يمتلكون كفاءة مرتفعة يداومون على ممارسة التمارين الرياضية بانتظام و يواظبون على حضور حلقات التأهيل القلبي بشكل دوري، و يطبقون النصائح المقدمة إليهم من قبل متخصصي التأهيل، و هذا ما يتفق مع النتائج التي توصل إليها كل من بوث و آخرون *"Booth et al ,2000"* من خلال دراسة ميدانية أجروها في استراليا على عينة عشوائية متكونة من 499 شخصا، و تم قياس نشاطهم

الرياضي، إضافة إلى قياس كفاءة الذات و متغيرات أخرى نفسية و اجتماعية، و قد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة الذاتية العالية كانوا أكثر نشاطا و حيوية من غيرهم. في حين أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها ***(Martinez et al, 1999)*** الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية في تحسين مستوى جودة الأداء أو ضعفه فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية، و انعكاس ذلك على تحسن المزاج و الصحة النفسية، وتظهر أهمية الإحساس بالكفاءة الذاتية بشكل خاص في تقرير استمرار المرضى من الرجال و النساء في الإلتزام بممارسة الرياضة على الرغم من تقدمهم في السن، فكما أشرت في الدراسة الأساسية فإن أعمار العينة تراوحت مابين (35-57سنة)، فمع التقدم في السن فإن الإتجاهات نحو الرياضة و مشاعر الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بالقدرة على القيام بالتمارين تتدنى، مع أن الدافع يبقى عاليا

في حين أظهر الأفراد ذوي الكفاءة المنخفضة عدم القدرة على القيام بهذه النشاطات، و أقروا بأنهم أقل احتمالا للإستمرار في الممارسة، و هم يعزون ذلك إلى:بعد مقر تقديم هذه الخدمات، أو لأسباب مادية تجعلهم لا يستفيدون من برامج التأهيل القلبي.

تجدر الإشارة انه في دراستنا الحالية لم تسجل الطالبة إلا لحالتين من النساء اللاتي يمارسن الرياضة، و هذا ما لفت انتباه الطالبة إلى عامل النوع الإجتماعي الذي يلعب دورا في تحديد من يقوم بممارسة الرياضة، لاسيما في مجتمعنا المحلي، إذ يقوم الأولاد منذ المراحل العمرية المبكرة بممارسة الرياضة أكثر من البنات، و في أواسط العمر و مرحلة الشيخوخة تكون النساء –بشكل خاص- أقل ميلا لممارسة التمارين الرياضية إن لم نقل منعدما، و يعود ذلك جزئيا لأن نمط حياتهن لا يتيح لهن الفرصة للتمرين المنتظم ولأن الرياضة لم تصبح من أولويات النساء في مرحلة أواسط العمر إلا حديثا.

مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين كما هو موضح في الجدول رقم -3- و كان يساوي -0.16 ، و هو ارتباط سلبي و غير دال إحصائيا، مما يشير إلى عدم تحقق الفرضية الجزئية الثالثة و بالتالي فإن هذه النتيجة جاءت مناقضة لما تم ذكره في الجانب النظري و الدراسات السابقة كالدراسة التي أجراها مادل و آخرون *(Muddle & al,1995)* ، و التي أشارت نتائجها بكل وضوح إلى أهمية توقعات الكفاءة الذاتية في عملية القضاء على عادة التدخين على المدى الطويل، و هي نفس النتيجة التي توصل إليها كليمنته و بروشكا (1985) إذ وجدوا أن توقع الكفاءة يكون في المراحل المتقدمة من الإقلاع عن التدخين أعلى من المراحل المبكرة، كما أن نجاح الإقلاع عن التدخين كان أعلى كلما كانت توقعات الكفاءة الذاتية أعلى، فالأشخاص المصابين بمرض الشريان التاجي الذين يقلعون عن التدخين تكون نسبة الوفيات الناجمة عن جميع أسباب الموت لديهم أقل من أولئك الذين يواصلون التدخين، ويعانون أقل من غيرهم من النوبات القلبية.

مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص الفرضية الجزئية الرابعة على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي"

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول رقم -4- و كان يساوي -0.21 ، و هو ارتباط سالب، غير دال إحصائيا، مما يعكس عدم تحقق الفرض الثالث، و بالتالي فإن هذه النتيجة جاءت مناقضة لما تم ذكره في الدراسات السابقة، كالدراسة التي قام بها ***(Heller &Krauss,1991)*** و التي أظهرت نتائجها ان الكفاءة الذاتية المكتسبة يمكنها أن تنبئ بصلاحية انتقال مرضى الإدمان من مرحلة إزالة السمية *"Detoxification"* إلى مرحلة

الرعاية اللاحقة *"After Care"* ، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها ***(Cantrell.B et al ,1993)*** فيما يخص فعالية الكفاءة الذاتية لمنع حدوث الإرتكاس الكحولي.

و هذا ما يدفعنا أن نقول أن الارتباط السلبي الذي تم التحصل عليه، و عدم الوصول إلى مستوى الدلالة الإحصائية في الفرضية الثالثة و الرابعة قد يرجع إلى طبيعة العينة المدروسة، إذ أن نصف عينة الدراسة كانت إناث و نحن نعلم أن أكثر نسبة المدمنين على التدخين و الكحول في مجتمعنا هم من فئة الذكور، وحتى لو كانت هناك فئة من عينة الإناث يدخن فهن ينكرن ذلك نظرا للعادات و التقاليد السائدة في بيئتنا و التي تستهجن هذه الظاهرة خاصة عند الإناث، كما أن عدم تعود أفراد المجتمع المحلي الإجابة على الاختبارات النفسية بصفة عامة زاد من صعوبة فهم البنود و البدائل، كما أن للمستوى التعليمي دور مهم في مثل هذه النتائج التي تحصلنا عليها، فمعظم أفراد العينة لديهم مستوى تعليمي محدود ، و بالتالي فإن عدم فهمهم لبنود الاختبار قد يؤدي بهم إلى الإجابة العشوائية على الاختبار، و منه فالأمر يتطلب عينة ذات حجم أكبر و أكثر تمثيلا للمجتمع من حيث عدد المتغيرات، المستوى التعليمي، و المستوى الإجتماعي و السن... إلخ.

مناقشة عامة:

من خلا ل ما تم عرضه من أبحاث و دراسات حول موضوع الدراسة الحالية، ومن خلال تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية و استبيان أسلوب الحياة بهدف معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عوامل أسلوب الحياة المحددة أساسا في عامل التغذية الرياضة، التدخين، الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي، فقد أسفرت النتائج على تحقق الفرض الأول، و الذي نص على أنه "توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى هاته الفئة من المرضى" ،حيث أظهرت النتائج أن ذوي الكفاءة المرتفعة كانوا يمتلكون معتقدات ايجابية فيما يخص مقدرتهم على اتباع الحمية الغذائية، في حين أظهر المرضى ذوي المستوى المتدني من الكفاءة الذاتية أقل قدرة على اتباع نظام غذائي صحي، وهذا ما أيدته العديد من الدراسات التي قد تم التطرق إليها في الجانب النظري كالدراسة التي قام بها *"Meland &al ;1999"* و كذا دراسة *(Champlis & Murry,1979)*، و التي أسفرت نتائجها بكل وضوح إلى أهمية متغير الكفاءة الذاتية في تعديل السلوك المتعلق بنظام التغذية، و الإلتزام بالحمية.

كما أنه قد أسفرت نتائج الفرضية الثانية على أنه "توجد علاقة جزئية موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي" و هذا ما يتفق مع الدراسة التي قام بها *"Booth et al ,2000"* و التي أظهرت نتائجها أن ذوي الكفاءة المرتفعة كانوا أكثر نشاطا و حيوية فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية، وكذا دراسة *(Martinez et al, 1999)* و التي بينت الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية في تحسين مستوى جودة الأداء أو ضعفه فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية، و انعكاس ذلك على تحسن المزاج و الصحة النفسية.

في حين أظهرت النتائج عدم تحقق الفرض الثالث و الرابع، فيما يخص العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عاملي التدخين و الكحول، و هذه النتيجة كانت مناقضة لما قد تم تداوله في الدراسات السابقة، كدراسة *(Cantrell.B et al,1993)* و *(Muddle & al,1995)* و *(Heller & Krauss,1991)*، و التي أجمعت على أنه توجد علاقة جوهرية بين الكفاءة الذاتية و عاملي التدخين و الكحول، و كما سبق ذكره فإن هذه

النتيجة قد ترجع إلى بعض خصوصيات المجتمع المحلي، و إلى المعايير و العادات و التقاليد السائدة و التي تفرض على أفرادها انتهاج أسلوب حياتي خال من الشوائب و خاصة فيما يتعلق بتناول الكحول و التدخين، و لا سيما إذا كان الأمر يمس النساء، مع العلم أن نصف العينة كن من فئة الإناث، مما انعكس ذلك على نتائج الدراسة.

و أخيرا تجدر الإشارة أن هذه النتائج تبقى بحاجة إلى مزيد من البحث و الدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث و باستخدام أدوات أكثر دقة على عينة اكبر حجما و بالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها.

الإقتراحات:

بناءا على النتائج المتحصل عليها من الدراسة الحالية يمكن إدراج التوصيات و الاقتراحات التالية:

- إجراء المزيد من الدراسات للكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

- ضرورة المزاوجة بين التكفل العضوي و التكفل النفسي في المستشفيات و جميع القطاعات الصحية.

- ضرورة تعامل الأطباء و الفريق الشبه طبي بطريقة أكثر سيكولوجية لخلق نوع من الثقة نحو الأطباء و المستشفى.

- ضرورة إجراء حصص تحسيسية و حملات توعية بغرض تسليط الضوء على أهمية أسلوب الحياة الذي ينتهجه الأفراد في حياتهم اليومية و علاقة ذلك بالصحة و المرض.

- إعطاء أهمية كافية لإستراتيجيات الوقاية من الانتكاس و للمراقبة البعيدة الأمد لهاته الفئة من المرضى.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي و ذلك من خلال طرح التساؤلات التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
2. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
3. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
4. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

وشملت الدراسة عينة قوامها 40 فردا من الجنسين 21 ذكرا و19 إناثا ، بمتوسط عمري مقداره 50 سنة

وقد اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية:

1. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرالف *شفارتزر* *(Ralf Schwarzer)* .
2. استبيان أسلوب الحياة.

وقد تم التأكد من صدق و ثبات الأداتين على العينة المحلية، و اَستخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات و الفرضيات.

و قد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1. وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
2. وجود علاقة ارتباطيه جزئية موجبة بين الكفاءة الذاتية وعامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

3. وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين الكفاءة الذاتية وعامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و لكنها لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

4. وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين الكفاءة الذاتية وعامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و لكنها لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

Summary of thé study :

The study aimed to reveal the potential relationship between self-efficacy and life style of artery coronary patients, and that possibly comes within raising a number of questions like:

1. Is there any significant relationship between the self-efficacy and nitration factor leading to the artery coronary patients.

2. Is there any significant relationship between the self-efficacy and sport factor leading to the artery coronary patients.

3. Is there any significant relationship between the self-efficacy and smoke factor to the artery coronary patients.

4. Is there any significant relationship between the self-efficacy and alcohol factor to the artery coronary patients.

The present study contains a sample of 40 persons: 21 males and 19 females.

The study depended on following means:

1. self- efficacy expectation scale of “Ralf Schzarwer”.

2. Life style questionary.

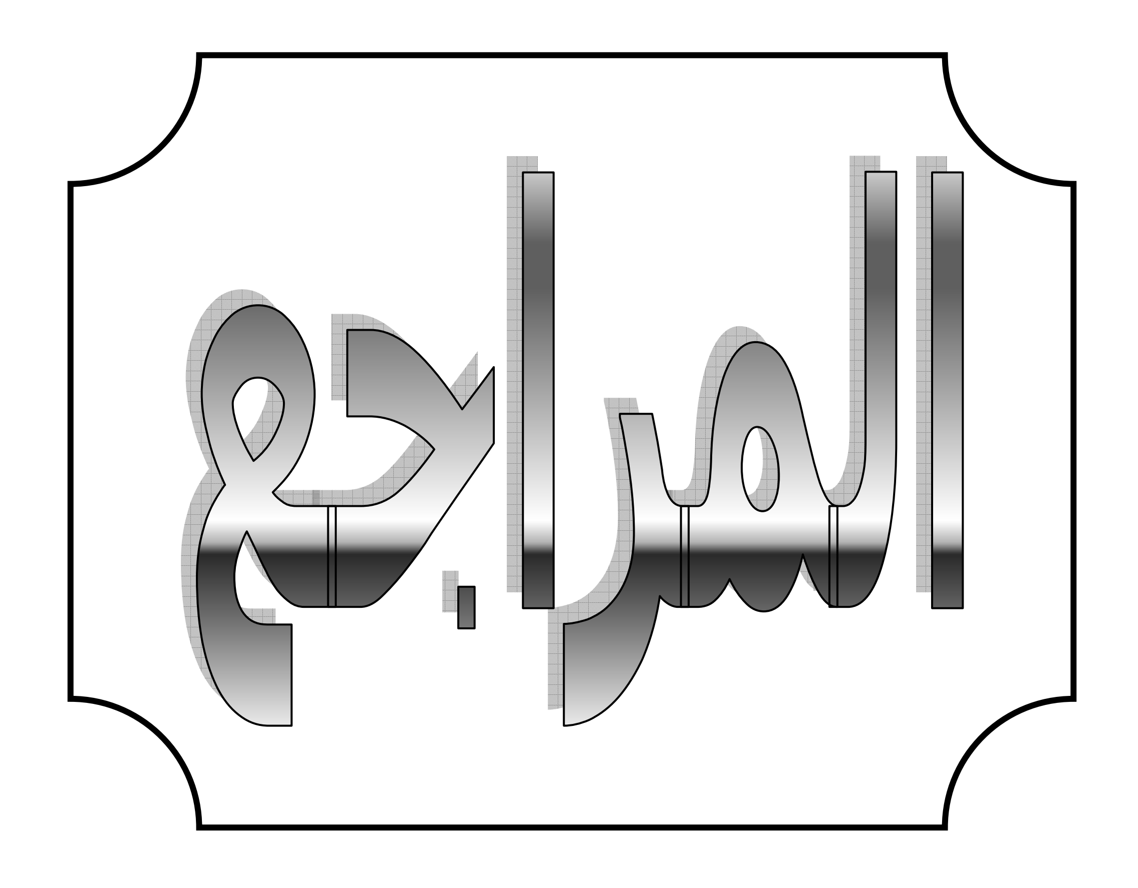
Thus the study arrived to the following results:

1. There is a positive relation ship between the self-efficacy and the nitration factor to the artery coronary patients.

2. There’s a positive relation ship between the self-efficacy and the sport factor to the artery coronary patients.

3. There’s a negative relation ship between the self-efficacy and smoke factor to the artery coronary patients.

4. There's a negative relation ship between the self-efficacy and alcohol factor to the artery coronary patients, but it doesn't reach the statistic value level.


المراجع

قائمة المراجع:

1. الجوهرة عبد الله الذواد (2002)، المساندة الاجتماعية المدركة و علاقتها بالشعور بالوحدة النفسية و الاكتئاب، دراسات عربية في علم النفس،ع3، المجلد1، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع،القاهرة.

2. أحمد يحي الزق (2006)،علم النفس،(ط1)،دار وائل للنشر،عمان- الأردن.

3. أديب محمد الخالدي (2006)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي، (ط1)، دار وائل للنشر و التوزيع.

4. بهاء الدين إبراهيم سلامة (2001)، الصحة و التربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة.

5. جابر عبد الحميد (1990)، نظريات الشخصية، البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم، (ط1)،دار النهضة العربية، القاهرة.

6. جمعية الصحة العالمية (2007)، توقي الأمراض غير السارية و مكافحتها "تنفيذ الإستراتيجية العالمية"

(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_15-ar.pdf: 12/02/2007-15 :56).

7. رالف شفارتسر(1994)،التفاؤلية الدفاعية و الوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي، ترجمة سامر جميل رضوان،مجلة الثقافة النفسية،ع38، المجلد10.

8. رئيف بستاني و آخرون (1994)، الموسوعة الطبية، المجلد11، الشركة الشرقية للمطبوعات، بيروت، لبنان.

9. ريتشارم سوين (1988)، علم الأمراض النفسية و العقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة (ط1)، مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع، الكويت.

10. سامر جميل رضوان (1997)، توقعات الكفاءة الذاتية " البناء النظري و القياس " مجلة شؤون اجتماعية، ع1 مدون في:

(http :de.geocities.com/psychoarab/komp :02/02/2008 -14 :45)

11. شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و آخرون، (ط1)، دار الحامد للنشر و التوزيع عمان- الأردن.

12. زيدات كرم (2001)، التدخين، (د.ط)، مكتبة لبنان، ناشرون.

13. صفوت فرج (2000)، المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، دار الأنجلو المصرية .

14. عثمان يخلف (2001)، علم نفس الصحة: الأسس النفسية و السلوكية للصحة، دار الثقافة، الدوحة، قطر.

15. عبد المنعم الحنفي (1999)، موسوعة الطب النفسي، (ط2)، مكتبة مديولي.

16. عبد المنعم أحمد الدردير (2004)، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي،(ط1)، ج1، عالم الكتب، القاهرة.

17. عبد المنعم أحمد الدردير (2004)، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي،(ط1)، ج2، عالم الكتب، القاهرة.

18. عبد الهادي مصباح (2004)، الإدمان، (ط1)، الدار اللبنانية المصرية، القاهرة.

19. عبد الفتاح محمد دويدار (2000)، مناهج البحث في علم النفس، (ط2)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

20. علاء الشعراوي، (2000)،فاعلية الذات و علاقتها ببعض المتغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة كلية التربية ، ع44، المنصورة.

21. عماد الزغلول (2003)، نظريات التعلم، (ط1)، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

22. غلوم عبد الله صالح و آخرون(1994)، المرجع في الإدمان على الخمر و المخدرات و العقاقير، دار السلاسل، الكويت.

23. فطامي نايفة و آخرون (1997)، علم نفس الطفل، (ط1)، دار الأرز، عمان، الأردن.

24. فتحي محمد الزيات (2001)، علم النفس المعرفي، (ط1)، ج1، دار النشر للجامعات، مصر.

25. فتحي محمد الزيات (2001)، علم النفس المعرفي، (ط1)، ج2، دار النشر للجامعات، مصر.

26. فيصل عباس (1983)، إشكالية المعالجة النفسية، (ط1)، دار الميسر، بيروت.

27. كريستوفر ديفيد سون (2002)، مرض القلب الإكليلي، ترجمة محمد غسان ملص أكاديميا بيروت- لبنان.

28. كوهين.إ.ر.،(1989)، الذات و العالم و المناعة الذاتية،مجلة العلوم، ع4، المجلد6.

29. ماراك.ف و كايلر.ح (1989)، الخلية التائية و مستقبلاتها، مجلة العلوم، ع8، المجلد6.

30. مجموعة من الباحثين (1997)، علم وظائف الأعضاء و علاقته باللياقة البدنية، (ط1)، منشورات جامعة السابع من أفريل.

31. محمد أبو هاشم حسن (2003)، مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا، مجلة كلية التربية، ع25، الزقازيق.

32. محمود السيد أبو النيل(1994)، الأمراض السيكوسوماتية، (ط2)، المجلد الأول، دار النهضة العربية، بيروت.

33. مدحت عبد الحميد ابو زيد (2003)، العلاج النفسي و تطبيقاته الجماعية، الجزء الخامس،دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

34. نقولا ناهض و آخرون (2002)، الموسوعة الطبية، المجلد14، الشركة الشرقية للمطبوعات، بيروت، لبنان.

35. هارون توفيق الرشيدي (1999)، الضغوط النفسية: طبيعتها و نظرياتها،(ط1).

36. Agence de santé publique du Canada (2002),La santé de la population-Mode de vie sain:

(www.phac-aspc.gc.ca/ph.sp/ddap/docs/sain/chaps1.htm 08/03/2008-16:00)

37. Bandura.A (2003), Auto efficacité, traduit par : Jacques Lecomle, de boeck, Paris.

38. Bandura.A (1977), Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavior change, vol84, N02.

39. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press :

(http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html#sources: 04/12/2007-10:20)

40. Caralino Werle et al, Les déterminant du comportement de santé préventive, revue de la littérature, perspectives de recherche et étude exploratoire

41. Fishbein, M.A et Ajzen, I, (1975), Belief, attitude, intention and behavior an introduction to theory and research, Reading, M,A, Addison on Wesley.

42. gustave Nicolas Fisher (2002),Traité de psychologie de la santé, Dunod,Paris

43. Jaques Delamare (1997), cardiologie, édition2, édition vigot, Paris.

44. Marullo, S et all (1990), Cardiologie et pathologie vasculaire, tome3.

45. Messaad Karim (1998), Cardiologie de l'ouvrage, tome2,office des publications, Alger.

46. Sarason.I et al,(1991), Asocial learning opproach to increasing blood donations, Journal of Applied Social Psychology.

47. Shabé. S, (2001), Hand book of cultural health psychology, academie press.

48. Zani,B (2002), Théorie et modèle en psychologie de la santé, Dunod , Paris.

49. Yves Marin Planches, (2001), Petit la rousse de la médecine, Edieth ybert


الملاحق

ملحـــق(1)

مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة

General Self-Efficiency-Scale

Bay: Ralf Schwarzer **Translator in Arabic: samer rudwan**

السن:...............عاماً .
الجنس:................................ .
العمل: (إذا كنت تعمل)...................... .
الدراسة والسنة الدراسية إذا كنت طالباً: ....

تعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص،

اقرأ كل عبارة، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي:لا، نادراً، غالباً، دائماً.

ليس هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة.

أجب بسرعة ولا تفكر كثيراً بالمعنى الدقيق لكل عبارة. ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

دائما	غالباً	نادراً	لا	العبارة	
				عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فإني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.	1
				إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.	2
				من السهل علي تحقيق أهدافي ونواياي.	3
				أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة.	4
				اعتقد بأني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي.	5
				أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية.	6
				مهما يحدث فإني أستطيع التعامل مع ذلك.	7
				أجد حلا لكل مشكلة تواجهني.	8
				إذا ما واجهني أمر جديد فإني أعرف كيفية التعامل معه.	9
				أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.	10

ملحــق(2)

استبيان أسلوب الحياة

تصميم الطالبة : عدودة صليحة

الاسم و اللقب (اختياري):.................

الجنس:.................................

السن:.................................

العمل: (إذا كنت تعمل)..................... المستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية:.................................

تعليمات:

هذا المقياس يتمثل في مجموعة من العبارات المتعلقة ببعض الأنماط السلوكية التي تبنيتها في حياتك الشخصية، نطلب منك قراءتها و تحديد إلى أي درجة تنطبق على أسلوبك في الحياة، كما نرجوا منك أن تجيب على كل العبارات و ذلك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك، و لا تترك عبارة بدون إجابة و أن تجيب بكل صراحة و صدق.

	العبارة	لا	نادرا	غالبا	دائما
.1	أتناول أغذية متوازنة.				
.2	أتعاطى السجائر				
.3	أمارس تمارين رياضية منتظمة.				
.4	أتناول مشروبات كحولية.				
.5	أكثر من تناول الطعام.				
.6	أتعاطى السجائر مع القهوة.				
.7	أتناول مواد غنية بالألياف.				
.8	أمارس تمارين رياضية شاقة.				
ؤ	أتناول أطعمة غنية بالكولسترول.				
.10	عادة ما أدخن قبل الفطور.				
.11	أفضل أن تكون وجبة العشاء خفيفة.				
.12	أهتم بلياقتي البدنية.				
.13	عادة ما ألجأ إلى الخمر عندما أشعر باليأس و الإحباط.				
.14	ألتزم بالحمية الغذائية للمحافظة على وزني.				
.15	أتردد على النوادي الرياضية.				
.16	أتناول فطور الصباح يوميا.				
.17	أدخن عندما أواجه مشكلة صعبة.				
.18	أتناول المشروبات الغازية بكثرة.				
.19	أدخن كميات كبيرة من السجائر.				
.20	أمارس الرياضة الجماعية.				
.21	أتجنب الأكل خارج الأوقات المحددة لذلك.				
.22	أجد أن شرب الخمر في نهاية الأسبوع ممتعا.				
.23	أدخن عندما أكون قلقا.				
.24	أشرب جرعات كبيرة من الخمر.				
.25	أمتاز بقلة الحركة و النشاط.				
.26	أتجنب تناول الدهون.				
.27	أتناول الفاكهة يوميا.				
.28	عادة ما أشرب الخمر و السجائر معا.				

29.	أتجنب مجالسة المدخنين.				
30.	ألجأ إلى النوم بعد تناولي وجبة العشاء مباشرة				
31.	أمارس رياضة المشي على الأقل ساعتين في اليوم.				
32.	أتناول أطعمة خفيفة بين الوجبات الغذائية.				
33.	أعتمد على وسائل النقل باستمرار.				
34.	تحتوي معظم وجباتي على الخضر.				
35.	أتناول أطعمة سريعة الطهي (FAST FOOD)				
36.	أتناول اللحوم بكثرة.				
37.	أشرب الخمر في مناسبات خاصة.				
38.	أتعاطى السجائر بين الوجبات الغذائية.				
39.	أنام من 7-8 ساعات يوميا.				
40.	أكثر من وضع الملح في الطعام.				